渡过

张进／著

抑郁症治愈笔记



一位抑郁症患者从地狱
回归人间的重生感悟

管理情绪和压力

重塑自我的内心力量

如果你不那么成功

面对抑郁告诉你如何渡过



中信出版社·CHINACITICPRESS

版权信息

书名:渡过：抑郁症治愈笔记（下）

作者:张进

ISBN:9787915000551

中信出版集团制作发行

下篇
渡人

题记

“无穷的远方，无数的人们，都与我有关”

人的一生都在“渡过”，渴望由苦恼的此岸，抵达理想的彼岸。在这个旅程中，“他渡”给“渡过”以援手和助力，“自渡”是“渡过”的内在力量；而“渡过”者，如能由“自渡”而“渡人”，则体现为人类温暖而可亲的善意。

出于对生命的感激，病愈后，通过自学和实践，我开始了“渡人”的尝试。先是撰写系列文章，和读者分享我的体会；便有许多患者及家属慕名找到我，咨询一些问题；他们的问题对于我来说是难得的病例，解答的同时，我对精神科学的理解在逐步加深……

三年来，通过各种途径找过我的患者逾百名，密切来往者20多人。本篇的主要内容，便是记载我和患者们的交往……他们在我的心目中栩栩如生，鼓励和营养着我。

和患者的交往占去我不少时间和精力，但我乐在其中，我亦视之为责任。如鲁迅先生所言：“无穷的远方，无数的人们，都与我有关。”

艰难的救赎

抗拒就医

“你摸摸看，我是不是瘦了？”她指指自己的左肩，说。

确实很瘦。这是初夏的5月，她的身躯顶着单薄的衣衫，犹如衣架。我触碰了一下她的肩膀，又迅即收回手：凸起的肩胛骨太硌手了。

“你看我，瘦成什么样了啊？”她悲哀地望着我。

无须回答。我知道，她要的不是答案，而是在索取同情。但同情是廉价的，我决定不予满足。我说：“你该去看医生。”

这是她最怕听的话。“不不，我自己吃中药调理调理就行了。”她立刻缩了回去，好像被火烫了一下。

记不清这是她第几次对我诉说。一年里，在南京和北京，我见过她两三次。第一次，她说自己失眠，没胃口，容易累；第二次，情况严重了些，自述每天靠安眠药才能勉强睡几小时；经常心慌，每天下班后精疲力竭，想到工作就有压力。

第二次时，我担心她是抑郁症，问了她几个问题，但从她的回答看，不像。她说，如果工作顺利，睡眠也会好一些；工作安排好后，带女儿出去玩，还是会有高兴的感觉；尽管不爱聚会，但如果工作需要，和人交往也没有问题。

我对她说："你这是焦虑，可能伴有抑郁。最好去看医生。"

"不用，"她拒绝，"是工作压力太大，我吃中药调理。如果不用上班就好了。"

又过了半年。这次再见到她，形销骨立，皮肤黯淡无光，目光幽怨而悲凉。

她说，整夜整夜睡不着，经常觉得自己活不长了。给女儿买了一件新衣服，看女儿满地乱跑，就辛酸地想："明年这个时候，妈妈就看不到你穿新衣服的样子了……"回家做了一顿晚饭，老公夸奖她，又满心愧悔："这么多年为什么不给老公、女儿多做几顿饭？以后没机会了，后悔也来不及了……"

我不愿意再听，直接给出结论："上次我说你是焦虑伴抑郁，现在我认为你是抑郁伴焦虑。去看医生。我回到北京，会催问你。"

我给她推荐了南京的某位医生。回北京后，隔一周问一次。她找各种理由拖延。实在推不过，终于去了医院。

这天，上午，她突然来电话。一接通，欢快的声音洋溢出来："张进，我看过了，医生说没事！"

谁希望有事呢？没事再好不过。这件事就放下了。

求生的本能

又是几个月过去了。

一天上午，电话响起，是她。我接通，感觉怪异。电话那头的她，语调惊惶，语速迟缓。"是你吗？声音怎么变了？"我问。

她悲苦地告诉我，这几天感觉特别不好，整夜睡不着，全身都难受，什么都干不了，害怕，绝望，觉得自己活不下去了。

我大惊，说："怎么会这样？你现在至少是抑郁症中度！上次医生不是说你没事吗？"

我追问："上次你和医生怎么说的？医生原话是什么？"

她嗫嚅。我明白了：出于对于精神疾病的抗拒心理，她一定向医生隐瞒或淡化了关键症状，自欺欺人。

但此时追究没有意义。我问："你现在哪里？赶紧去看病，还来得及。"

她告诉我，她在湖北武当山上，正和一拨儿爱好中医的师友切磋技艺。这是她每年都要参加的交流活动。

我说："你别切磋了，赶紧回南京，不要再拖！"

"再说吧，"她又推诿，"等课结束了，我就回去看病。"

我苦口婆心相劝："别等了，你看你现在这样，能上课吗？他们能帮你吗？"

她说："同学们对我非常好。他们说，只有待在集体中，靠大家帮助，才能战胜自己。他们上课去了，我在房间里打扫卫生，力所能及做一些事情，和同学们在一起我心里踏实。"

我气急败坏："既然你心里踏实，为什么要给我打电话？你给我打电话想干什么？"

"我，我，"她慌不择言，"我当时不太好，现在已经好了……我没事了，我挂了啊……"电话发出"嘟，嘟"的声音。

我再拨，关机。气得我说不出话来，恶狠狠地想：“不管了，随她去，自生自灭！”

然而，两天后，我又接到她的电话。她开口就说：“张进，我在机场。”

“怎么了？”我问。

她答：“实在坚持不下去了。同学中有一个是西医，他也建议我去看病。现在他护送我回南京，明天就去看病。”

我长舒了一口气。

人是有求生的本能的。我猜测，在最后关头，在生命消逝的恐惧体验中，她选择了理性。

第二天，她看完病，向我汇报：医生诊断她为中度抑郁。这和我的判断一模一样。

用药如下：米氮平、草酸艾司西酞普兰、奥沙西泮。

我放了心。从这几种药看，是比较单一的抑郁症。

我对她解释：这三种药中，主药是草酸艾司西酞普兰，它是SSRIs系列中药性较强的5-HT再摄取抑制剂，用于帮助她修复大脑中5-HT的失衡；米氮平也是抗抑郁药，有较强的助眠作用，意在解决她的失眠障碍，同时和艾司西酞普兰合力发挥作用；奥沙西泮是抗焦虑药，用于释缓她的焦虑状态。

我对她说：“这三种药，方向是同一的。说明你是单相，很好治。严格按医嘱吃药，一个月后，你会焕然一新。三年的痛苦，一个月解决。”

面对副作用

本以为她的治疗从此步入正轨，康复指日可待。结果证明我乐观了。

后来得知，她拿到药后，没有立刻服用，而是手捏着看了两天。犹豫不决，害怕副作用，害怕药物依赖……

终于，鼓起勇气开始吃药。从那时起，她天天给我打电话，诉说各种身体反应：头疼、肩膀疼、肌肉紧、心慌、恶心、看东西模糊……

我对她说："你太草木皆兵了！就算有副作用，也没这么快。这些症状，有些你本来就有，不能都赖给副作用；有些是心因性的，完全是你自己想出来的！"

劝说没用。每次电话，她都悲苦地诉说副作用，对前景悲观。大约一个星期后，她坚定地表示：要停药，改吃中药、针灸。

我着急了，说："你吃中药、针灸我不管，但不能停药，不然，前功尽弃！"

她不置可否，只是悲苦。我心生忐忑，决定当面劝导。第二天，我乘高铁，几小时后到了南京。

她劝阻我前往无果，在家前的马路上迎接我。我看她神态惊惶，在川流不息的街头，格外孤单而无助。

进了家，她妈妈看到我，如见救星。当抑郁症患者的家属是痛苦的。我和她谈话时，只要妈妈走近，她就停住话头，看着妈妈。妈妈惊惶而窘迫地说："好好，我走，我走，你们谈。"然后急急走开。

我心生怜悯，责怪她：“你看你，把你妈妈折磨成什么样子了啊！”

晚饭时间到了。她妈妈留我吃饭。看着她妈妈殷切的神情，我答应留下来。

她妈妈立刻高兴地进了厨房。不到一个小时，几盘几碟，在桌上一字排开：凉拌黄瓜、红烧鲫鱼、茭白肉丝、虾仁炒蛋、冬瓜排骨汤。有荤有素，有红有绿，有凉有热，有汤有水。虽非山珍海味，却也热热闹闹。

这是我有生以来吃过的最好吃的家常菜。

药效显现

回北京后，她再没有和我提要停药。

但她仍然不忘记经常汇报自己的副作用感受。我熟视无睹，既不解释，也不劝导。抱定一个原则：只要按时服药，别的都不管。

约10天后，药效逐渐显现。她先是胃口好了一点儿，想吃东西了；然后睡眠好了一点儿，能够睡着了；再往后情绪好了一点儿，不那么悲观了……

这天，她又来电话。说到最后，她问我：“张进，你最近怎么样？身体好吗？”最后谆谆告诫：“你自己也要小心啊。”

我觉察到她的变化，问：“你刚才关心我，是出于礼貌，还是发自内心、带着感情在问？”

“当然是带着感情的。”她说。

“恭喜你！”我说，“你真的要好了！抑郁症患者的感情通道是堵塞的。如果你刚才是发自内心关心我，说明你恢复了正常人的感情。药见效了！”

果然，再往后，她的电话一天比一天少，终于一两个月都不再来电话。

我很高兴。她的身体在康复，生活在重整。不再找我，说明她的精力已经转到新的方向。

悲苦不再

半年后，在某一个场合，我又见到了她。

一见面，她滔滔不绝。更多是在谈工作，得意于自己的业绩，感叹于自己的忙碌。但是，悲苦不再；她神采飞扬，眼里水波流转。

看着喋喋不休的她，我想起了《祝福》中描写祥林嫂的一句话，多么吻合：“然而她反满足，口角边渐渐的有了笑影，脸上也白胖了。”

困兽笼中

他是一个典型的中度抑郁症患者。

我第一次见到他时，他正在自己昏暗的小房间里焦躁地走动，像一只笼中的困兽。

在此前和此后很长一段时间里，他一直不相信或者不接受自己得了抑郁症。而从他妻子的叙述判断，这确定无疑；我去看他的主要目的，是帮助他接受这个严峻现实，老老实实去看病。

他是一个高级知识分子，博士，在一家研究机构供职。尽管如此，当大脑被病魔侵袭时，他的思维仍然如弱智般单一，行为如孩童般幼稚。

所幸他病情单一，也不严重，接受治疗后，一个月便痊愈了。但他这个病例，仍有很大的价值，具体说明了一个抑郁症患者，思维和认知是如何被疾病扭曲，从而变得自卑、自责、悲观、绝望。

在他患病和治疗期间，我嘱咐她的妻子，不要怕麻烦，每天记载他的思维、行为和服药后的反应。这一方面有利于他的治疗，另一方面可以给其他患者以信心。

感谢他的妻子，按我的要求做了详细记录。征得她同意，我稍作整理，陈列如下。

就医之前

【第四日·看不到前景】

他依然情绪低落，从早到晚拉着我问："你为什么每天这么开心，难道你看不到眼前的困难吗？这个家已经没法运转了，我们现在面临的是生死存亡的问题。"（他所谓"生死存亡"，是指在北京生活养娃经济压力大，这也是最初击垮他的一大压力源）

他屡屡说："我走在大街上，觉得每个人都过得比我好。"

【第三日·"她是罪魁祸首！"】

他昨天又陷入"不知该做什么"的焦虑中，让我给他布置任务。我让他把婴儿床拼装一下。装的时候，他一块板子没拿稳，重重地摔在地上。在旁边大床上玩耍的宝宝吓得哇哇大哭。听到哭声，他更加心烦意乱，冲着宝宝吼："哭什么哭，你除了哭还会什么！怎么这么娇气！"

我把他拉到一边讲道理，他说自己都懂，就是克制不住情绪。"我现在很恨她（宝宝），就是她把我们害成这样的。"

【第二日·"我骗了大家！"】

今天中午，他在我的鼓励下去洗了个澡（不记得他几天没洗澡了）。中午尝试着工作，但对着电脑坐了不到半小时，就又崩溃了。

"我们不要在北京苦撑下去了，回老家吧。就算治好了病，我也写不出那些文章。我失业了，没有薪水，靠你一个人的工资我们在北京根本活不下去。"

"你要相信我对自己的判断。我是意识到自己能力不足，才生病的。我对你说这番话时，是理智和清醒的，没有认知扭曲。我们应该早几年就想到这个结局。"

我说："你能力不足？那你的同事为什么都夸你？"

他苦着脸说："那是他们不真正了解我，被我的表象骗了。"

【第一日·"生活是一盘死棋"】

他一方面对治疗持悲观态度，另一方面觉得即便治好了，自己的生活也是一盘死棋。

"如果我看好了病，还是这样懒惰，没有责任感怎么办？我还是不能工作怎么办？"

尽管我各种开导解释各种规劝，他还是会隔一两个小时问我一次同样的问题。

"我以前就是太随性了，把时间都浪费在这些无用的事上，才会落得现在一事无成。"

"我想马上辞职回老家。就算治好了，我们也没法在北京生活下去了。"

就医之后

【第一日】

服药后，疑似副作用有恶心、嗳气、呕吐、乏力症状。

对于治疗，他一直在坚持与放弃之间徘徊，几次跟我提出想停药。

（笔者注：在药物最终起效之前，他对治疗都持怀疑和迟疑态度。为了劝他就医，我和他妻子软硬兼施，他总算同意了；真正走进医院，又磨蹭了好几天。到了看病这天，一大早，我帮他挂好号，就要去上班，嘱咐他耐心等待，别乱跑。想不到他说："我觉得我还不是抑郁症，不用看病。你一走我就走！"我非常生气，打电话给她妻子："你快来！我还要上班，没空替你看着！"可怜他的妻子，要带四五个月大的孩子，分身无术，只好不停地给他打电话，才让他留下看病。医生果然为他确诊为抑郁伴焦虑，开了抗抑郁药、抗焦虑药，还有短效安眠药。）

【第二日】

他昏昏沉沉，说话有气无力，几乎在床上躺了一整天。我劝了一个小时，他才肯吃晚饭。自述感觉比原来差，失去生活动力，外加视力模糊。

补充睡眠情况：昨晚10点睡，半夜醒了一次，之后再次入睡，今天早上6点醒的。

【第三日】

已没有第二天恶心、呕吐的症状，除了眼睛无法对焦、看东西费力，身体没有其他不适。感觉睡眠质量比第一天好，中间醒一次后继续入睡，早上6点半起床。总共睡了不到8小时。

【第四日】

晚上没睡好，凌晨3点醒后就再没睡着。感觉头很重，白天除了吃饭上厕所，其他时间都躺着。

今天开始加药，早上有那么几分钟心情阴转晴。

【第五日】

加药第一天，没有太多不适感。视觉有所好转，能看清近处物品，看远处景物还是有重影。

下午在我的鼓励下，他居然肯出门散步，走了一个多小时。

晚上睡觉前，我翻出手机里的照片给他看，回忆旧时光，他很开心，好像回到从前。这是两三个月来，我第一次看到他发自内心的笑。

但晚上又没睡好，3点醒后就再没睡着。

【第六日】

早上散步一小时。偶有快乐的感觉，但转瞬即逝。

情绪起起落落，跟和尚念经似的反复问我："如果不好怎么办？你怎么知道一定会好？什么时候可以停药？我能不能只吃安眠药？"

晚上从10点睡到4点。

【第七日】

早饭后散步一小时。上午他精神还蛮紧张的，到了下午便渐渐放松下来。当时我突然觉得肚子饿，于是拉着他下楼觅食，他提议吃煎饼果子。这算是巨大进步啊！要在平时，他肯定不在状态，或是在我耳边碎碎念要停药什么的。

热腾腾的煎饼刚到手，他一把抢过去咬了一大口。我们还吃了久违的驴肉火烧，他由此忆起孩子出生前的生活。

下午过后，他基本没什么焦虑情绪。

但晚上睡眠还是不好，3点醒。他已经连续四天凌晨三四点醒来。

（笔者注：患者想吃东西，有了兴趣，产生欲望，就是病情转好的标志。他应该是从第七天开始见效的。速度之快，超出我的预期，可能和他是单一抑郁症、较易处理有关。多数情况下，需要服药6到8周。如果还不见效，说明药不对症，就应该换药。）

【第八日】

今天继续出门散步。重影没那么严重了。保姆休假，他精神头儿不错，帮我一起带宝宝。下午还饶有兴致地看了会儿电视。

晚上9点多，他突然兴奋地跑过来跟我说："我躺在床上把过去那些困扰我的事又想了一遍，好像也不是那么糟糕。我突然很想看晚上10点的直播球赛。这是不是说明我好了？"

（笔者注：确实是快好了。从上一天想吃煎饼果子到今天想看球赛，从物质需求向文化需求发展，说明大脑中欲望和兴趣的通道正在被打通。）

【第九日】

今天没什么特别的变化，昨天的好状态没能持续。早上出门散步，我特意观察他的步伐，还是蜗牛般慢。

【第十日】

今天不知怎么了，他情绪又低落起来，又躺了一上午。下午我跟他聊了聊天，又好些，还看了场球赛。

睡眠：夜里3点醒，之后又睡了，5点醒。（笔者注：这两天属波动，是正常和难免的。）

【第十一日】

情绪还可以，他这几天每天都会花些时间陪宝宝。

下午做了两件出乎我意料的事，一是看新闻，二是去公园跑步。不过因为体力不支，不到半小时就回来了。我劝他不管多难，还是要坚持。

【第十二日】

早上他莫名地哭了起来，询问原因，他说自己找不到关心家人的感觉，不由得黯然神伤。

他问我，以前他是不是一个没有责任感的人？我安慰说不是的。看来他的自我认同感低，又有些回潮。

下午他在天涯上看到一篇帖子，名叫《抑郁症的秘密》。这篇文章略长，他研究了一晚上，越看心情越好。

他说，文中提到的诸多体验他都有过，例如得病之后，就像有两个自己在争夺对他大脑的控制权，一个是天使，一个是魔鬼。他情绪极差时，曾试过用想象天使打败魔鬼的方法来排解，还蛮有效果。

睡眠状况：12点睡着，5点40醒后接着睡到7点半，能感觉他睡得很好。

【第十三日】

头天睡了个好觉，他早上起来精神很好。从昨晚到今早的某个时刻，他有一种突然好转、获得重生的感觉。

他说，过去三个月就像是一场梦、一出戏，现在梦醒了、落幕了。这疯狂的三个月把他的人生明晰地分为三个阶段，他感觉自己现在就像个新人。

上午跟他逛商场，明显感觉他走路比我快，还好几次停下来等我。

不过下午遇到件烦心事，他心情没有早上好。我觉得也正常。

【第十四日】

他状态不错，早上悠然自得地浏览了新闻，下午照常散步、带宝宝，晚上看了场直播球赛。

睡眠：睡得很好，醒了两次，又都睡着了。早上起来感觉还没睡够。

【第十五日】

一家人在忙换保姆的事，他一遇到类似具体的事情或变动，就会心烦意乱。

他比较困惑的是，现在虽然已不焦虑，但也高兴不起来。他试着在纸上列出每天困扰他的事和令他开心的事，但没太大效果。

【第十六日】

开始考虑孩子以后上幼儿园、小学的问题，觉得毫无头绪。

我告诉他，不用想太远，为未来一两年做好准备就够了。

【第十七日】

几乎完全恢复正常，说话做事坚决果断，不犹豫。

朋友的日记就到这里。所谓“好了伤疤忘了痛”，病一好，就不想记了。

不过，还是为她高兴！祝患者坚持治疗，直到彻底康复。

这个病例的意义在于告诉人们：抑郁症只要正确诊断，坚持治疗，并不难治好。一场大梦，体验另一种人生而已！

（笔者注：人们在生活中，经常要对自己所处的环境作出认识和判断。有的符合实际，能很好地指引工作和生活的方向；有的则偏离了现实，以至于作出错误的选择，给自己带来很多麻烦。这就叫认知扭曲。常见的认知扭曲有：非此即彼、以偏概全、否定正面思考、感官过滤、过早下结论、夸大或缩小、情绪推理、乱贴标签等。）

花香

“丁零……”，手机上跳出一条信息，只有短短一句话：

好些天没有出门了，今早出门，闻到了花香。

我记起，她是一年前找我咨询过的一位患者。当时，她已遭受长达10年的抑郁症的折磨，从老家来北京求医，医生确诊她是双相情感障碍。

循环

那是2014年5月的一天，我领她走进安定医院。走出医院时，她手里攥着花了700多元买的一堆药，两眼茫然，脚步虚浮。

“要吃这么多药？要吃一年？”她反复询问。

我不想隐瞒，老实告诉她：“对，抑郁症治疗的原则是足量足疗程。你耽误得太久了，至少要吃一年。今天就开始吧。”

她嗫嚅着：“我再看看，再看看，说不定过两天我自己就好了……”

后来，她断断续续和我保持着短信的交流。我见证了她一次次的循环。每次，当陷于抑郁相，痛苦不堪时，她答应：过几天，等熬出来，就去。可是，一旦转好，陷于轻躁狂相甚至躁狂相，她就精力旺

盛、兴高采烈，全然忘记多少天前的痛苦，认为自己完全没有必要去看病。

时间长了，我也渐渐淡忘了她，直到今天收到这条短信。

我赶紧回信询问。又过了半个小时，她大概回到了家，给我发来一条较长的短信。她说：“过去十多天，我一人躺在床上，不吃不动，今早醒来，突然觉得头脑清爽，就出门。天阴着，空气潮湿，走到小区的林荫道上，突然闻到了桂花香。我站在桂花底下，我哭了，我觉得生命回来了。”

我没有立刻表示祝贺，而是直截了当问：“你这一年怎么治的？药换过吗？”

“我一直没有吃药，是自己挺过来了。”她答。

我心里一紧。我明白，这不是好转，而是新一轮循环的开始。对她来说，命运不过是重新画了一个圈而已。

我想起了她的故事。

飘忽人生

她今年32岁，可是被抑郁症缠绕已经十几年。

她有一个不幸的童年。

她生活在一个老式传统的家庭。家境贫寒，有两个姐姐，而爹妈一直想要个男孩。这种想法和期盼给她带来很大的压力，让她从小就产生了身为女人的耻辱感。父母关系不和，在她的印象里两人从来没有心平气和交流过。父亲酗酒，喝醉后会动手打人；妈妈很强势，经

常会为一些小事发脾气。童年生活是她心底的一块阴影，她很少体会到温暖和爱。

和她的两个姐姐相比，她天性敏感。似乎她的妈妈对她们姐妹的责骂和抱怨，只对她产生影响。她自小就会自责、自省、自我限制。表面上很听话，内心的不满在积蓄。她自小就性格封闭，习惯于把一切都包裹起来，包括自己的情绪、欲望、悲喜，连自己都感觉不到。

进入青春期，上了高中，她经常处于很极端的状态。那时谁也不知道这会是病。情绪起起伏伏，谁会当回事儿？

长大离开家后，她更进入一个飘忽不定的时期。幼年的心灵创伤一直跟随着她，诱发着恶劣不良的情绪。她迟迟没有恋爱，因为她不敢承担一个家庭的责任，也没有信心经营一个幸福的家庭。或者说，她不知道怎么去爱一个人。

有一段时间，她特别害怕接到家里的电话。一和妈妈通话，妈妈就会对她抱怨父亲、姐姐，以及所有的亲人。她烦躁，无所适从，甚至手机上一看到妈妈的来电就心跳气短，难以自控。但是情绪过后，她又自责，努力想对妈妈好，想找办法弥补。

最耻辱的事情，发生在她走上社会之后。现在看来，那时她的病情已经进入双相情感障碍的循环时期，躁狂和抑郁交替蹂躏着她。应该是在躁狂期，她屡次发生一夜情。她本是一个传统的女孩，事后，对自己厌恶至极。她不知道自己是病，想不通，想不明白，只能归结自己是一个坏女孩。她极度仇视自己，觉得自己肮脏、无用、无能、该死，恨不得毁了自己。

“那种耻辱感难以形容。”直到今天，谈起这段往事，她仍然自责良久，不堪回首。

内心的冲突也反映在她的人际关系上。她工作换了一个又一个，工作时间最长的不超过一年。失业成了家常便饭，这又成为她人生又一个刺激点。“我搞不清是失业导致病发，还是病发导致了失业。”

烦躁易怒是职场中的她的大敌。工作中，有时同事问一些问题，或者老板布置一些任务，她第一个反应经常是厌恶，没有耐心。过后她会反省自己：为什么要这么烦躁？为什么不能控制自己？这到底是因为本身的性格，还是因为病？

这是她在躁狂期的表现。如果转相到抑郁状态，她便会彻底地退缩。病情严重的时候，根本起不来床，一连几个月不出门，不见人，甚至不能正常洗漱、洗澡。

希望在哪里

2013年年底，长期不工作的她，感觉到严酷的生存压力。就在这时，她在网上看到我写的文章，对照之下，她怀疑自己也是双相情感障碍。她挣扎着起床，决定去看病。

她先在她所在的城市看了两家医院，一家是综合性二甲医院，一家是精神专科医院。可是，这两家医院水平很低。她对医生说，怀疑自己是双相，那医生居然问她：“什么叫双相？”

于是，她辗转联系上我，到北京求医。在我的陪同下，懵懵懂懂地捧着700多元的药走出了安定医院的大门。

此后的情况，是她在最近才告诉我的。离开北京后，她仍然下不了决心吃药。这时，一个朋友给她推荐了某地的一个禅修班，声称“结合了中西医学、身心灵整体健康理念、黄帝内经、五行性理疗病、情志调理等精髓，形成了一套完整的非药物调理方式，通过情志

调理、心理疏导、和谐家庭，从爱、智慧、正能量、情志的角度帮助抑郁的朋友重返健康”。

这不需要吃药。她看到了希望，顿时轻松起来。2013年5月，她赶到那个城市，参加禅修班。初始感觉很好，但是，最终又能有什么用呢？她仍然摆不脱躁狂与抑郁的循环，甚至循环的速度越来越快，从原来半年一循环，变成三四个月一循环，甚至一个月一循环；而且，郁的时候越来越多，躁的时候越来越短。

到了2013年下半年，她再次跌入一次深重的抑郁中。和往常一样，她把自己关在房子里，整天躺着，不吃不动不语，甚至写好了遗书，做好了离世的准备。——谁曾料到，她又重新活过来了呢？

“我成功了，我战胜了自己。”她说。

我犹豫了一下，还是觉得不能附和她。我回复：“你应该知道，你看得见颜色，闻得到花香，这是转相了。我估计，你今明天就能恢复生命动力。赶紧乘这个机会，把有限的力量用于治疗吧，把躁狂压下去，不要等到下一轮循环。”

她的回答让我又急又气：“用药压，万一压成了抑郁怎么办？现在的感觉实在太好了。我实在不想回到抑郁，那太可怕了。这辈子都不想体验了。”

我急了：“不是药把你压成抑郁，而是你的病会自动从躁狂转化成抑郁！用药是帮助你稳定下来，你怎么就不听呢！”

她无动于衷。她似乎还沉浸在感受到花香的兴奋中，告诉我，她打算乘胜追击，再来北京参加一个身心整合治疗方法的课程。这个老师是中医世家，又学习了西方心理学，把中医、五行、按摩、西方心理学融合到一起，自创了一套身心整合疗法。

“老师，你不是说，抑郁症是一个特异性疾病吗？每个人好起来的方式不一样，我正在寻找适合自己的方法。”她说。

我无话可说。我知道，处于躁狂兴奋中的她，是不会同意去治疗的。我只能等待，等她再次进入抑郁期时。

不过，那时她又会极度退缩，无力求医。这样的矛盾该怎么处理？什么时候，她才能真正健康地闻到花香？

抑郁病房日记

“我该有多庆幸啊，在绝望中抓住一根救命绳——主动求医！”——患者康复后如是说。

某日，打开邮箱，看到一位陌生读者来信。信上写着：

张进老师：

我是一名正在接受药物治疗的抑郁症患者，曾在最绝望的时候，看到您的博客，为自己重燃了希望。

我把这次患病经历写了下来，是为了更好地前行。一场病痛，或大或小，都会使人折损，但我们会因此而反思、自省，从而获得更多的力量支持。独活于世，需要更强大的内心更完整的自我来与之对抗。让我以此机遇，破开命运之门。感谢！

这位名叫穆昕的姑娘，随信附上她的文字，记载了从求医到入院治疗的全过程。她的回忆，坦诚、丰富、准确、翔实，把不为人知的抑郁症病房的生活，完整而真实地展现在我们面前，具有极高的价值。

读完她的邮件，我给她回了一封信：

收到，谢谢信任，谢谢你的分享。

你很幸运。一、你应该是单相抑郁，治疗相对容易些；二、你就医早，就医彻底（住院）；三、药对症（文拉法辛相对而言是新药，见效较快，现在比百忧解用得更广泛）。

不过，你现在只能算临床治愈，离彻底治愈，还有距离。在维持治疗时期，一定要坚持服药，遵医嘱再减药和停药。不然，有可能前功尽弃。祝福！

征得穆昕姑娘的同意，我把她的文章稍作编辑，发表如下。

“用药物维系的睡眠

也没有什么不好

至少在梦中

说了一场悄悄话

然后醒来

和大脑进行一场谈判

死亡还未抵达

又何必畏惧呢

流淌在每一条神经上的字符

都是和解的命令……”

这是我在患了抑郁症并给我的生活造成重大困扰后的内心独白。每天当夜幕沉降，我的心就开始害怕起来，不知道要怎样才能度过这漫漫长夜。“惶惶不可终日”是我当时的真实写照。直到我主动去求医并在医院住了小半月，这种恐惧才慢慢开始消退。

发病

2014年4月的清明节，从湖北老家回到工作地佛山南海后，我一贯的浅眠开始变成了连续的失眠，每晚固定在同一时刻（凌晨两三点）醒来，曾困扰我多年的头痛也在频频加深。

我一直坚定且固执地以为自己是偏头痛，如往常一样睡一觉，或是吃点止痛药就会好转。但实际，情况并未像预想的那样不治而愈，头痛愈演愈烈。“五一”假期过后，因工作需要，我带着头痛，接连高强度工作三天后，实在撑不住，便听从单位领导建议，去了医院。

以往求学期间头痛，我只需好好休息一段时间即好。工作后，并不能给我足够的时间来休养。回想我上一次因为头痛求医，是在去年5月。头痛似乎已经成为我一种定期复发的病症。

求医

2014年5月5日，我第一次因为头痛求医。

医生建议做CT检查，我自认为不至于那么严重，没有做，只是让医生开药止痛。实际上，连那些药我都没敢吃（担心依赖性）。三天后，头痛感就消失了。但失眠并没有好转，越来越糟糕，从曾经一夜只醒来一次、再难入睡，演变成了一夜醒来三四次，几乎整晚无眠。期间头痛亦有反复。到2013年9月底、10月初，头痛再不愿离开我，整日伴我左右、形影不离。加之糟糕的睡眠，我的情绪长期处于低谷。

我自知自己天性敏感多思，但也有一定的内省力和情绪自控力。这一次，我却无法让自己再次感受到情绪的波澜，心里如一潭死水，无力感一次次袭来，冲击到心灵深处。从无望到绝望，轻生的念头好几次一闪而过。

我开始对自己感到害怕，对自己的陌生感前所未有，第一次觉得自己这么无用、无存在感、无价值感。

2014年10月13日，我因为头痛，第二次走进医院。遵照医生建议，做了CT检查，最后医生诊断为枕大神经炎，并服用了一些头痛的治疗药物。

入院

第二次求医吃药无好转后，有好友提醒是否会患有抑郁症？在她的建议下，我阅读了财新传媒张进老师的博客，他曾是重度抑郁症患者并经过西医治疗痊愈。

2014年10月29日，我来到广州市第一人民医院就诊。医生初步诊断我为抑郁状态。

我窃喜抑郁状态就是还没到抑郁症的程度，也许能靠自己调节，不用依靠药物。但医生建议我入院用药物治疗。因我这种天性敏感质人，若长期情绪低落，很难靠自我的力量走出低潮。并告知抑郁状态的治疗原理与抑郁症无异，同样需要长时间服药并定期复诊。

我犹豫不决，害怕一旦用药就会依赖，也担心工作时间安排。在跟单位领导沟通后，他建议我安心养病，无需牵挂工作。

当天我赶回佛山收拾行李，准备第二天入院治疗。当夜，我一边收拾一边眼泪不自觉地下落，几近泪尽，心里根本不情愿也不甘心入院。

【第一日】

10月30日，星期四，是我入院治疗的第一天。

办住院手续时，我脸色暗沉，神情恍惚，整个人木讷得很，好像需要别人下口令才懂得挪动脚步。进了病区，护士告诉我给我安排的床位还没腾出，我被安排在医生办公室等候床位。头痛缠身的我几已丧失思考能力，很乖顺地听从安排。

随后，便有医生来问诊，我积极配合医生，详述状态，并根据之前的自查告知诱发因。这时，隔壁的房间传来女孩的哭声，我闻突然好想像她那样哭一场，但是眼泪已经流不出来了。

其实，从2013年11月开始，我的情绪便开始处于持续低潮期，几乎每天都会在固定的时刻流泪。当时已有同事领导提醒过可能是抑郁，建议我去求医，但我没有重视。春节回家给了我一个缓冲的机会，后来清明节再次回家，这种情绪上的低落还未反映到躯体上，成为器质上的病变。

医生问诊结束后，已近中午12点，但床位仍未腾出。我一个人在外吃完午餐，随意逛了一会儿，回到医院。下午两点，我跟着护士进入病房。病房里紫外线消毒的味道久未退散，把行李随意搁置后，我就坐在了病床前的座椅上，无心整理。

随后，有人来铺床，顺便给了我一套病服。我脱口而出，“可以不穿吗？”我知道内心里仍在与“我是病人”这样的字眼作强烈的抗争。

当晚无眠。晚上10点，护士给我吃了一片阿普唑仑（一种安眠药）。一闭眼，各种乱七八糟的想法汹涌而至，头痛时刻缠绕着我。走廊内的人声、电梯铃响的声音一直在我的脑海里回旋。护士每一次巡房（每隔1小时巡一次房），我都是醒着的状态。凌晨3点，我再次

服用了一片阿普唑仑，仍是醒着的状态多。到早上的6点，护士来帮我抽血检验。我问时间，知道已经是第二天清晨了。

【第二日】

10月31日，星期五。

护士抽完血后，我终于有了点睡意，沉入睡眠。8点半左右，有医生过来与我聊天，问我昨晚的状态，心里在想什么。我如实回答。医生问我这时候最想要谁的关心，我答没有。她奇怪，“怎么会没有呢？”我告诉她，我已经很习惯一个人独自面对这种很黑暗和孤独的时刻了。

医生离开后，有护工拿着预约好的检查预约单，带着我在院内各大楼间穿梭。我的精力只能集中在脚步上，因为怕跟不上护工而走丢。做完一天的检查，我甚至都不知道我检查过的项目有哪些。

下午，我站在病房的阳台上，看到窗户是设了门帘关卡的，心里苦笑——“是为了防止病人跳下去吗？”

晚上，姐姐从深圳赶来陪我。她在9点多到达医院，跟她聊了会儿天，就到服药的时间了。我吃了一片阿普唑仑后，慢慢沉入了睡眠。直到第二天护士来整理病房，我才知道我竟然安稳地睡了一晚。

事后回想原因，可能姐姐的陪伴让我心安了一些，加之慢慢适应了病房的环境，才换来一夜安眠。

【第三日】

11月1日，星期六。

到这天，我才基本熟悉了。我所住院的病区设在神经外科大楼的最高楼层，病区挂着精神神经科病区的牌子。后来我了解到，其实它还有另外一块牌子——精神心理科病区。医院考虑到患者的隐私，只用了“精神神经科”的字眼。

这个病区2014年5月刚设立，什么都是新的，环境整洁干净。病房分为两种，单人房和双人房，整个病区能同时容纳30人。我当时所住的病房是单人房，房内有空调、电视、卫生间等，设备比较齐全。电视的开放是有时间设置的。床边会有一些特别提醒，比如防跌倒、需要24小时陪护等。

伙食比较清淡。每日会有食堂员工进入病房，直接在病房内订餐。房间每天都有保洁员打扫，并送来干净的病服。病人服药都有护士督促，看着吃下去。病人一般可以请假外出，但需要主治医生签字确认。

这时的我，已经不那么排斥身上的病服了。之前的无眠变成了嗜睡，白天我也昏昏欲睡，一直困乏打不起精神，曾经以阿普唑仑助眠过的我深知，这是药物的副作用。

下午好友和单位同事来探望，聊天过程中，我的状态也慢慢转好了一些。

那一晚，亦安睡了一夜。

【第四日】

11月2日，星期日。

早上医生来查房，我询问医生出院的时间。医生回答，病情好转平稳后，才会让我出院，至少需要两周时间。心里只打算住院7天的我听了，黯然神伤。

那晚开始，医生给我服用文拉法辛抗抑郁药，硅硫平辅助治疗。文拉法辛为75mg剂量，硅硫平为1/4片。依然服用一片阿普唑仑助眠。

凌晨3点左右，还是睡不着，再次增服一片阿普唑仑。

【第五日】

11月3日，星期一。

清晨起来，我去洗手间，昏昏沉沉，刚坐在马桶上的那一刻，我感觉整个世界都在旋转，胃里像有什么坚硬的器物在搅动，恶心乏力。我借助还未丧失的最后一点儿意识回到房内，倒在床上。心悸中，出了一身冷汗。

事后问护士，我知道这是药物的副作用开始了。那晚睡眠中，也在半夜醒来过一次，但很快再次入睡。

【第六日】

11月4日，星期二。

前一天的昏昏欲睡，无力疲劳，体位性低血压……这些症状逐渐减轻。食欲不振、味苦口干、排尿困难、便秘、轻度震颤等一些细微症状仍在。但我可以独自去做检查了。

当晚，文拉法辛开始增量为150mg，改用1/4片奥氮平辅助治疗，压躁预防双相情感障碍（躁狂抑郁症，兼有躁狂状态和抑郁状态两种主要表现）。

【第七日】

11月4日，星期三。

我自觉情绪有一点儿波动，对自己患病的意识也越来越清晰，能够很专注地翻动手边的书籍了。头痛失眠仍未消退，心情多数时候仍沉郁。

医生来查房时，我有精力问了医生一些问题。我问医生，为什么给我用文拉法辛？我了解到目前抗抑郁药物已经发展到第四代，分成八大类，差不多几十种。医生给我的答复是文拉法辛是作用于双通道（对5-HT再摄取抑制作用最强，对去甲肾上腺素再摄取抑制作用也较强）的药物，在全球临床应用里最普遍。

下午，我又去找之前认识的病友姐妹聊天。同病相怜，都在病中的我们很容易找到共同的话题倾谈。那天Dan姑娘（第一天问诊时在隔壁房间大哭的女孩）刚刚大哭过一场，眼睛仍红肿着，听到我问“你怎么流泪了”，眼泪就下落不止。她告诉我眼泪流下来根本无法控制，并打趣说“不去拍韩剧真是浪费了”，逗乐了整个病房。

从那天开始，可能有了“同道中人”的陪伴，我开始心安了，也有了笑颜。当晚，整夜安眠。

【第八日】

11月5日，星期四。

我的心情仍旧有些许起伏，但一直未搅动那潭死水。我心中“药物是否有用或治愈”的疑虑似乎比前一天更深了。

我向医生询问前些天几乎每天都在问的问题——“什么时候可以出院？”医生的答复都是还需要多住些时日，调好药量，病情平稳后才能出院。如果我坚持要求出院，他也可以让我出院，但不建议我马上投入工作。

经过这些天的了解，我的管床医生似乎已经认识到了我有女强人的潜质，他知我个性要强，并建议我要适当放下。

【第九日至第十四日】

11月6日，星期五。

这天，我服用的文拉法辛增量到225mg，奥氮平剂量仍是1/4片。

从11月9日入院第十二天开始，我服用的奥氮平增量至1/2片。其间有两晚醒来过，但都很容易再次沉入睡眠。头痛仍在，较之前已减轻了一些。并且会时不时地出神发呆，仍旧觉得脑袋笨重得很，觉得自己呆呆的，笨笨的。

转机在10月12日，即入院第十四天的下午出现。我突然感觉身心皆轻，压在心里的大石块一下子掉落了。我是真的感受到药物的疗效了，之前的绝望感、想自杀的念头都消失了。

我当即给好友发信息："我像是看到了奇迹的发生，虽然头痛还在，但已不能成为影响情绪的主要因素了，那个完整的我正在一步步回来。"

那种阳光照进阴暗的心房的感觉，真的很想让你拥抱全世界，是可以为之喜极而泣的。

同在病中的好姐妹Dan也感受到了同样的变化，她跑来与我深情相拥，告诉我："宝贝儿，我好开心，感觉那个从前的自己又回来了。"

她问我，现在的我最像什么时候的我？我答是大学毕业那段时间，因那时的我最无忧无虑最轻松。她说她是高中的自己，因那时的她是全能的Dan，最自信也最开心。

我们互诉衷肠，感觉有泪盈于睫。那是这么久以来我们第一次真切地感受到，这个世界好美，值得我们好好去爱。

那天晚上，我并没睡得很好，但已不同于前段时间压抑式的失眠。我心绪平和，开始回想过去的种种，第一次那么肯定地确认并接受自己是患有抑郁症，不是之前所谓的抑郁状态，并且是处于轻度转向中度的阶段。

我回忆，我的抑郁症可追溯至童年时期。因自小家境贫困，激励我不断努力求学，改变自身境遇；而我又有完美主义倾向，常常为自己定立过高的要求，克己求全。这么多年来，我一直与现实处在一场长期的拉锯战中，读小学时就已经开始感觉到头痛，中学时更是经常头痛、流泪，并有过轻生的念头。到大学一年级，整个学期我都几乎沉浸在自己的世界里，很少与同学沟通交流。

因为到遥距家乡几千里的哈尔滨去求学，要适应新的文化新的环境，敏感的我更面临极大的挑战。幸运的是，到下学期我就加入到学生社团组织中，并开始利用博客舒解心绪，很快便走出了情绪低潮期。

后来南下广州读研，直到在岭南文化深厚的佛山南海工作，再一次适应新的文化与环境。这些年的生活，似乎一直处于一种迁徙的状态，我的心绪也随着这些环境的改变和其间经历的种种而起起落落。其中的艰难与煎熬，若不是真正的抑郁症患者真的很难感同身受。

入院前一天，我发了微信："感同身受从来都是一个假动词。"而那一晚，我拿起手机，写下了"久违了，亲爱的你。感谢所有"。

【第十五日】

2014年11月14日，在我的要求及医生的同意下，我出院了。每一个护士都跑来与我拥抱，我的病友们也都送来关切的问候与祝福。

在医院住了小半月，我和病友都熟悉起来，分别时颇有些依依不舍。整个病区，有比我小的弟弟妹妹，也有和我同龄的，更多的是比我年长的叔叔阿姨、爷爷奶奶，男女比例基本各占一半。

患者病症都不一样，以抑郁症为主，另外有躁郁症以及精神分裂症。我的好姐妹Dan住的是双人病房，与一位老奶奶同住。这位老奶奶发病是由于老伴去世。隔壁病房住着一个比我们大十来岁的姐姐，面目憔悴，时常有被迫害妄想，医生诊断为精神分裂症。再隔壁住着一个比我们小很多的妹妹，大概还在念初中，看上去神态游离，也被诊断为精神分裂症，由其双亲24小时陪护。有一个妹妹，20来岁，跟我差不多同时入院，但几未出过病房，由其母亲陪护。我和Dan在走廊走动时看见妹妹面色沉郁，得知她因为情绪不稳定，不能确诊，医生无法用药。

还有一位叔叔，患有躁郁症，由其爱人陪护。他正处于躁狂期，每日有用不完的精力。据他所诉，曾经在精神病院待过一年，没有被治愈，转移到这里。晚上他会到各个病房去聊天，有说不完的话，话语缺乏逻辑，整夜不睡，在纸上记录一些零散的字句，第二天交给我，想让我把他的故事编撰成书，广为传播。

住院15天的时间，不是很长，但也足以让我与那里的一切建立起感情来。无奈我笔力有限，词穷语短，无法绘出她的美、写出她的好。但我仍要以我最真诚的内心、以我童年的信仰向所有医护人员致以最大的谢意！谢谢！

就在是我出院后的第三天下午，在我与友人谈聊的过程中，那个恶魔——抑郁症——又回来了，我清楚地感受到它在我心灵上停留了片刻，我暗淡消沉了一会儿，又用勇气把它赶走了。

为自己，好好过活下去——这是说给我自己，也是告诉恰巧看到这些文字正饱受煎熬的抑郁症患者们的！我比多数人都幸运，所以有时候不知道拿什么来报偿，唯有尽所能地成为最好的自己！只因我爱这世界，爱得深沉！请让时间成为治愈我们的良药！

今次的治疗还只是个开始，我知道后路漫漫，我亦知自己能更加勇敢、更加坚强面对，谨遵医嘱，积极治疗，治愈康复。

常人很容易误解抑郁症，也存有很多的偏见，也许上天给了一个机会让我认识它，我也可以尽自己所能让更多的患者走出病痛，重燃希望！

寒冷的微笑

她告别我很久了，可她的微笑还停留在我眼前，留给我的却是彻骨的寒冷。

她是我的同事介绍来的。同事说，这位20岁的姑娘，在北京一个名牌大学读书，成绩优秀，阳光灿烂，但只有她妈妈知道她郁郁寡欢，孤独而怪癖。妈妈劝慰她、鼓励她、责怪她，一无所用，母女关系反而僵化了。

今年暑假，母亲发现孩子偶尔暴饮暴食，吃得狂吐，一连几个小时大哭不止，才发觉不对劲。我的同事知道这个情况，找到了我。

我问："她这样多久了？"

同事答："从中学就这样，大概三四年了吧。"

我心里暗生惋惜，说："太久了！快让她来找我，不要耽误，越快越好！"

昨天下午，她走进了我的办公室。

她给我的第一印象是明媚的微笑，大方而得体。圆脸，大大的眼睛，亮闪闪的，青春洋溢。总之，很讨人喜欢的一个姑娘。

我请她坐下，寒暄几句后，说："你看上去一点儿事都没有啊，你笑得多好看。你的笑是发自心底的吗？"

话音刚落，她的眼神黯淡下去，眼睛红了；接着，我看到她的眼泪滚落下来。

她说："很多年了，我的脸在笑，心在哭，我心里是冰冷的。"

以下是她的叙述：

"我从小就内向，不快乐，不喜欢热闹，总喜欢一个人待着。后来，离开家乡到外地上中学，更孤独了。高三时，学习紧张，压力大，实在受不了了，有要崩溃的感觉。什么事情都提不起精神，一直撑到高考。总以为上了大学，学习不那么苦了，环境改变了，会好起来。

"哪知道，上了大学，越来越难受。大学和中学不一样，没人管，班主任一年也见不到几次。同学也各顾各的，没人注意我。同宿舍同学稍微了解我一些，但不理解。她们说我家庭条件好，什么都有，还不快乐，是矫情。

"我知道我自己不正常。但我不想让别人看出来，只有努力去做。我担任校学生会外联部部长，我逼着自己做好。一松弛下来，就很累很累。上午，没有课的时候，我会在床上一直躺着，很久很久。"

接下来是我和她的问答：

"你过去感兴趣的事情，现在还有兴趣吗？"

"我从小就没有感兴趣的事情。我从小到大，所做的一切，都是因为我觉得应该做。"

“那你现在一天当中，一点点快乐都没有？”

“偶尔吧，当我完成一件困难的事情后，会松一口气，觉得快乐。”

“这不是真正的快乐，只是紧张和压力后的放松。真正的快乐是从心底洋溢出来的。”

“是。”

“有没有自己喜欢吃的东西？”

“没有，我吃饭只是觉得应该吃。”

“有男朋友吗？”

“没有。我看很多同学都有男朋友了，觉得自己也应该有。努力过，但没能真正开始。”

“你做事犹豫吗？”

“非常犹豫。一点点小事都想来想去。”

“你自卑和自责吗？”

“是，从小到大，我成绩都很好，所有人都夸我。但我不知道为什么，自己心里很自卑，觉得谁都比我好。”

“有自责的情况吗？”

“是，我遇到不好的事情，会归咎于我自己，后悔、痛苦。”

“你现在和人交往怎么样？怕和人打交道吗？”

“我根本不愿意和人打交道。我害怕打电话。我从小就害怕打电话，能不打就不打。”

“那你怎么能做学生会外联部部长？”

“我强迫自己做。我想得到认可。”

“这样硬逼着自己，岂不是很累？”

“是。”

“你在北京有朋友吗？”

“有几个同学。”

“常见面吗？”

“不常。他们在城里。想到要去那么远，我就害怕。”

“你暴饮暴食是怎么回事儿？”

“有一次，我心里太烦躁了，觉得要崩溃，就拼命吃东西，吃到再也吃不下去了，吐了，才觉得心里好受一些。以后就经常这样了。”

“多久一次？”

“两三天一次。”

“吃什么？”

“随便。大多是在学校的小超市买一堆面包。”

“不挑自己喜欢吃的？”

“完全没有喜欢的概念，就是朝嘴里填。”

“吃什么都一样？”

“都一样。”

“吃到吐岂不是很痛苦？”

“狂吐之后，心里会好受一点儿。”

“能好受多久？”

“也不久。所以两三天就会来一次。”

“那你其实是用一种痛苦来麻醉另一种痛苦？而且麻醉期也很短？”

“是的。”

我的眼泪也几乎要掉下来了。

我沉吟一会儿，直截了当地问：“你想过死吗？”

她又是微微一笑，答：“我想过，死是一件美好的事情。但我没有真正想过去死。我还想活下去。”

我说：“对，咱们要活下去。咱们一起想办法。咱们有办法。”

然后我说：“你知道吗？你的情况一点儿也不特殊，是典型的抑郁症，而且，有一个专门的术语，叫‘微笑型抑郁症’。”

我打开手机，查阅到一条，给她看：

“……微笑型抑郁症属于抑郁症类别，是少部分抑郁症患者的症状。患者如同在抑郁的心境表面蒙上了一层微笑的面纱。他们的共同点是不愿意倾诉、不愿意放弃‘尊严’，从而进入一个恶性循环……”

“……微笑型抑郁症患者尽管内心深处感到极度痛苦、压抑、忧愁和悲哀，外在表现却若无其事，面带微笑。这种‘微笑’不是发自内心深处的真实感受，而是出于‘工作的需要’、‘面子的需要’、‘礼节的需要’、‘尊严和责任的需要’、‘个人前途的需要’。”

她微微点点头。

我又说：“你不是心理问题，是病。你排斥去医院看病吗？”

她说：“不。”

我进一步问：“你排斥去精神病院看病吗？”

她答：“不。只要能好起来，我什么都愿意做。”

我的眼泪终于流了下来。

我对她说：“以后，再有人说你不坚强，你不要听，不要信！你很坚强！你一个人在黑暗中熬了5年，太不容易了。再没有人比你更坚强了。”

一瞬间，她泪水哗啦啦涌出，在下巴上聚集，似一条线滚落下来。

不必再说什么了。我站起来，告诉她：“好了，好孩子，下周一，我带你去看病。只要你严格遵医嘱，不怕吃苦，再加上一点点运

气，两三个月后，你就会焕然一新。”

“我什么苦都能吃，只要能好起来。我做梦都盼着能好起来。”她说。

下周一带她去求医。以后的事情，以后再叙述吧。

续

今天带这位姑娘去看病，医生诊断为双相。

我大惑不解。据孩子的叙述，她患病5年来，从未有过躁狂或者轻躁狂的经历。

医生为我作了解释：1．有家族遗传史，多为双相；2．20岁以下的青少年发病，多为双相；3．暴饮暴食，属于进食障碍，多为双相的伴生症状，提示双相。

开药如下：劳拉西泮、德巴金、碳酸锂、百忧解、阿立哌唑、苯海索。

其中，劳拉是抗焦虑药；德巴金、碳酸锂是情绪稳定剂；百忧解是老牌抗抑郁药；阿立哌唑主治精神分裂症，有压狂躁的作用；苯海索又称安坦，作用在于选择性阻断纹状体的胆碱能神经通路，用来缓解前述药物有可能带来的震颤副作用。

为什么如此用药？我起初有疑惑。因为百忧解是选择性5－羟色胺再摄取抑制剂，药效较好，但有较强的转躁作用。为何选用它？

后来，医生为我作了解释：这女孩现在最重要的症状是饮食障碍，同时共病双相。当务之急是遏制暴饮暴食。而暴饮暴食属于强

迫，百忧解是治疗强迫的首选药物。因此，尽管百忧解有转躁作用，但也只能冒险选用；而为了对付转躁，则以德巴金和碳酸锂两种情绪稳定剂平衡之。为了保险，最后再用抗精神分裂症药物阿力哌唑来镇压可能出现的狂躁。——这是一个完整的用药逻辑。

一位文学青年的来信

这三年，我收到过难以统计的患者或家属的电邮，还有微博、微信、qq留言。有的寥寥数语，有的长篇大论；有的只说病情，有的还交流思想，直抒胸臆。

这封信，是其中“抒发胸臆”类有代表性的一封。来信者，如他自己所说，是一位典型的文学青年，有着与生俱来的人文情怀。他多愁善感，敏锐自尊，惯于学习，深思自省。他的病程，极具代表性；他对抑郁症的认识，已比较深入；他对命运的抗争，让我嗟叹；他的信中体现出的济世情怀和社会责任感，让我嗟叹。

征得本人同意，我把他的信略略编辑一下，做了些补充，呈现在这里，意在为抑郁症的疗治，也为我们这个时代，留一份真切的记录。

尊敬的张进老师：

您好！

因为近十年的焦虑、抑郁症状（可能还有强迫），上网找资料时有幸找到了您这儿。浏览了您的博客，五味杂陈、不胜唏嘘。既有对您文采、识见、成就以及作为一位有良知的媒体人担当情怀的敬佩，也有对您所从事的关注当代中国社会进程、推动当代中国社会变革，传播常识、心忧民瘼的新闻事业的一丝向往……

当然，更有对自己当年因为焦虑、抑郁而未能进一步深造的些许无奈。不然，今天，我或许已经在人大、北大或是社科院文

学硕士甚至是博士毕业了吧，可以去实现自己的读书、学术梦想；或者，像您那样，去做一名有理想、有担当的新闻人……

发病缘起

说说我的大体情况吧。

您可以叫我小赵，80后，从小喜欢读书，尤爱文史哲，成绩一直名列前茅。2005年考入北京一所师范大学的中文专业。2009年考社科院文学研究所研究生失败，回老家当了老师，寄食谋生。出于兴趣，一边教书，一边持续读书。

状态好的时候，我会在课堂上突破教材藩篱，和学生们说文解字，聊聊汉字的源流、演变以及初创时的含义，给学生们讲解一些社会热点问题，培养他们的独立思想、自由精神，做一点儿汉娜·阿伦特所言的公民教育。在我看来，语文课其实大有可教，它应该是有情感的温度、思想的深度和生命的厚度的。但当今的中学语文课，多少老师在那儿照本宣科，生气全无……

题归正传，还是说说我的抑郁、焦虑的事儿吧。

事情要从我读高中时说起。十年前，班上转来一位男生，非常用功，考试成绩慢慢超过了我。因为天性中的完美主义、敏感、细腻、要强，不服气的我和他展开了超级恶性竞争。我们之间的关系非常紧张并且公开化，我始终处于下风，感觉压力巨大，开始焦虑、自卑、自责、自罪。而班主任为了激发我们俩的斗志，故意安排我们坐在一起。多少年后回想起当年和他坐在一起时的焦虑、自卑，依然刻骨铭心。我感觉自己就像一只兔子，在随时可能扑过来的老虎身边待着，一待就是两年。那么，这只兔子的精神、情绪还能正常吗？

就这样经过三年，我的性格全变了，紧张、自卑，总把别人当作假想敌。大学四年我每天都是独来独往，埋头读书，对他人充满了戒备。同时，由于读了鲁迅、尼采的书，整个人悲观、颓废，愤世嫉俗，还自以为深刻，呵呵。

直到大三着手考研时，才发现自己陷入空前的焦虑，根本无法投入学习。那时我高度近视，戴1200度的眼镜，这种焦虑投射到我对眼睛的担忧上，总担心自己会不会忽然瞎了。这种焦虑根本控制不住，以至于后来泛化到看任何东西，都会担忧自己的眼睛。我开始胸闷、头痛、心慌、心悸、气短，注意力无法集中，健忘、说话困难、行为懒散。

艰难自救

在同学们的讶异中，我考研失利，痛彻心扉，彻夜难眠。没办法，卷铺盖回家吧，先活下去再说。

回到老家后，虽然焦虑、抑郁状态依然，但凭借多年所学，还是顺利通过考试，当上了老师。之后，由于焦虑、抑郁状态频繁间歇性发生，我把大量时间、精力花在了研究自己的情绪上，进行自我疗伤。通过几年的认知疗法、森田疗法、内观疗法等，我的思想认知、精神状况有了很大的改观，不再像原来那么悲观、偏激、愤世嫉俗。

没想到，更大的焦虑还在后面。2013年我找了一个女朋友，接触了一段时间，相互感觉不错。有一天，忽然脑子里蹦出一个念头：对方会不会是艾滋病携带者？由此，我开始了恐艾之旅，再一次陷入巨大的恐惧、焦虑、抑郁。严重时，甚至觉得全世界人人都是艾滋病。明知这样的念头荒唐，但就是控制不住。很自然地，恋爱告吹。我也进入到“状态正常——恐艾焦虑抑郁——状态正常”的循环之中。

接下来说说我的心理咨询和用药经过：

虽然高中时种下了病根，到大三复习考研第一次出现焦虑抑郁（甚至强迫）等症状，我并没有意识到这是生理性病变，需要吃药。从2009年到2013年间，我一直都在自学心理学，以及进行网络咨询：

1．2008年怀疑自己是强迫症，开始自学森田疗法。遵循“顺其自然，为所当为”的原则，带着对眼睛的担忧去用眼，逐渐脱敏。到2010年夏天，对高度近视的恐惧、担忧完全消失。

2．2011年接受湖南一位咨询师的远程咨询，为期半年，一周一次，花费近7000元。咨询师本身曾经是严重的神经症患者，后来通过自学儒释道传统文化痊愈。有一定效果，矫正了自己的偏激悲观、完美主义的一些认知观念。

3．2012年接受过重庆一位催眠师的催眠治疗，见效似乎不大，后中途放弃。

4．2013年接受过北京一家业内知名的心理咨询公司的远程治疗，学习领悟“对神经症的接纳”，有一定效果，花费近6000元，为期半年。

5．2014年2月接受内观疗法的心理咨询，练习动中禅，通过觉知动作，保持活在当下的正念，看清引起焦虑恐惧的强迫念头的本质。中途有中断，现又在练习，感觉效果不错。

咨询感受：如果是抑郁症患者，吃药应该可以彻底好转。但像我这样的抑郁、焦虑、强迫症状共存者，在吃药的同时，必须进行心理治疗。我曾经有一段时间，吃药效果非常好，后来药物忽然失效，恐艾强迫观念来了，重新陷入巨大的焦虑、恐惧状态。所以，对于焦虑症、强迫症等神经症，必须结合心理治疗，心理治疗才是治本之策。

用药经过：

1．到了2013年，发现反反复复发作终究不是办法，开始考虑吃药。8月份去北大六院看病，那些天我的精神状态正好不错，所以心理检测结果显示“无焦虑、抑郁状态”。大夫给我开了舍曲林，回家之后，服药不规律，断断续续吃了一个月，感觉不见效，就停服了。

2．2013年10月，电话咨询北京回龙观医院一位大夫，他建议我服用盐酸帕罗西汀，可惜我服用不久又停服了。

3．2014年4月，通过好大夫网站电话咨询了南方医科大学珠江医院一位大夫，给我开了度洛西汀及一些辅助用药。刚开始吃非常管用，整个人在一周之内恢复到正常状态，真是几年来从没有感觉过的轻松。吃到大概一个月后，可能潜意识里对药物副作用的担心，我开始故意漏服，大概又过了两个月，有一天状态忽然不行了。后来又换成黛力新、文拉法辛，效果都不明显。

疑惑待解

以上就是我这十年来一直到今天的情绪状态和咨询、用药过程，我的疑问如下：

1．依您的经验，我是抑郁症？焦虑症？还是强迫症？还是双相情感障碍中的轻躁狂呢？我这些年，状态时好时坏。发作时候就是以上症状，通过认知疗法想通一些问题后，情绪状态会好一段时间。这段时间内我是很自信的，感觉自己在人群中交往很大方得体，很愿意和别人交往，做什么事情也得心应手，有积极性主动性，但也感觉没有过分之处。

状态好的时候，大脑里想法很多，时不时会想到很多各种幽默的点子、笑话，我不知道这算不算思维奔逸；我原本的性格虽然不是活蹦乱跳阳光外向，但感觉也不是特别内向自闭。虽然比较慢热，和哥们儿弟兄们在一起也能放得开；但或许哪一天，一个焦虑的念头忽然从脑子里蹦出来，可能又陷入焦虑抑郁状态之中。

综上，我不知道这是单相抑郁症还是双相轻躁狂？单相抑郁不经吃药，会一直间歇性好转又发作吗？

2．不管哪一种情况，我已经不算第一次发作了吧？十年之中，状态老是好一段差一段，尤其出现症状的近五年来，经历过无数次焦虑抑郁状态的发作，头痛心慌注意力无法集中等，搞得自己生不如死，无数次想不如死了算了。当然，只是想想而已，从未实施过。经过森田疗法、认知疗法、内观动中禅修习等，熬一段时间就过去了，情绪又会哪一天忽然好起来。

也正是因此，加上对药物副作用的恐惧，一直没有及早吃药治疗，直到现在才认识到药物治疗的重要性。现在吃药，我估计需要终身服药了吧？

3．现在回头看，我之前吃药太不规律了，难怪控制住又复发。像起初吃的帕罗西汀和舍曲林，一天一片，吃了一个月，我想应该都没做到足量足疗程。后来奥思平非常管用，但只规律服药一个月，就断了，想起来两三天才吃一次，这可能是导致后来复发的重要原因。

再后来，吃奥思平忽然不管用了，我想可能还是剂量和疗程的问题，太心急了。

4．说说我的个性，典型的文人性格，从读书到工作，一直是众人眼里的才子。具体表现为内心敏感、细腻，有些追求完美；思考问题特别容易深入，慢热；做事情谨慎、稳重、崇尚脑力劳动，经常思考

生活的意义；对生活中的集体聚会、吃喝玩乐不是特别热衷，最理想的生活是做一个经济独立、自由思想的读书人。

如果不是因为性格基础造成的抑郁、焦虑，其实我还是很喜欢自己的性格的。我这样的性格，应该是遗传自我妈，她就是一个对文字特别有感觉，又极度追求完美的超级完美主义者。个性谨小慎微，每次出门锁门都要锁好几次，其实早已经锁好了。只不过她生活中没有遇到什么突发事件，所以没有发展到焦虑、抑郁。

张老师，看您的博客，您在自己康复之后开始对抑郁症群体的关注，对抑郁症知识的普及，以及对抑郁症网友的帮助，体现了一个有责任感的知识分子超越性的社会关怀。确实，在剧烈转型的当代中国，抑郁症是一种时代病，疾病背后隐喻的一系列社会问题都引人深思。对此，长于思考、心怀家国的知识分子无法做到无动于衷，正如您博客中引用的鲁迅那句话，“无尽的远方和无穷的人们，都与我有关”。

写得很长了，辛苦您拨冗回复，并向您的情怀、坚守（呵呵，是否说得有点儿悲壮，都是大词），一并表示真挚的敬意和感谢！

我的回复如下：

小赵，来信收悉。感谢你对我的信任。

我觉得你对抑郁症等的认识已经比较专业了。我基本同意你的判断：你的病，抑郁、焦虑、强迫、双相的迹象都有。双相不太明显，但可能是软双相。有最新研究表明，20岁以下抑郁发作的患者，很大可能就是双相。

至于复发，你也说得对，很可能已经经历了两次以上的复发。原因，也如你说，可能和治疗不彻底、服药没有足量足疗程

有关。

下一步，我建议你正规、系统治疗。到一个比较好的医院，找比较专业的医生，从头开始，坚持不懈，会有效果的。

最重要的是保持信心！

祝你好运！并祝你能实现你的人文理想！

张进

2015年3月3日

橡皮人

我约她在日坛公园南门见面。她曾是我的旧部，已失散多年。这些年，媒体圈风舒云卷，离乱纷起；身边的同行、师友，走马灯变幻。有的人升迁，志得意满；也有人失意，潦倒落寞。熟人中突然消失了几个，又有谁记得呢。

前两天，突然看到她在朋友圈发言，才想起不见她已有经年。她的话，寥寥几句，大意说，因为生病，一年多没和外界联系，把很多朋友都拉黑了。我觉得不对劲，怀疑她是抑郁症，于是电话她，一定要见面。

这天，丝雨如烟，日坛公园南门外水光满地，倒映着青砖红墙。她从雨中匆匆跑来，头发披散着，被雨水打湿成一缕一缕。那衣服似乎也很久没换了。

毕竟她是我职业生涯中带的第一个编辑，共事多年，感情犹在。无需寒暄，她把她的情况对我和盘托出。

地狱和天堂

她果然是抑郁症，而且可以追溯到5年前。发病诱因是多年高强度的工作，以及生活在一个强控制型家庭。第一次发病时，她曾到安定医院就诊，医生给予心理疏导，判断她的抑郁是应激性的，无需用药。医生嘱咐她，注意保护自己，离开施暴源头，慢慢会恢复的。

五年来，她的病情至少起伏了三次。完全正常的时候少，更多是在低落和亢奋的路途上。高涨的时候，精力充沛，工作拼命，能够夜以继日出差，追踪新闻人物；可以同时参加多项活动，读书、读学位；体力健旺，能够野外穿越、跑马拉松。然而，好景不长，很快会从亢奋跌落到抑郁。最严重的时候，一连数天、数月蜷缩在房里，整日躺着，和外界的联系自然中断了。

听完她简述病情，我心里一紧。我判断，这不是简单的抑郁症，而是双相情感障碍。我向饭店服务员借来一支笔、一张纸，为她描画病情起伏的轨迹。

根据她所说，病得最重的时候，做任何事情都像有摩擦力，很难，包括洗澡、刷牙、剪头发。“我大概有三年没有剪发了，一直拖延、拖延，长发早已及腰，干枯分岔，纠结在一起，一如我的人生。我头发很少打理，今天来见你才稍微梳一下。”

“你现在头发并不长啊。”

“前几天刚剪的。从想剪到下决心剪好，大概花了四个月时间。”

除了情绪上的压抑、低落，躯体症状也很明显。她说，严重时，疲惫、胸闷、心慌，稍微运动一下就心悸。有时躺在床上，心也会“怦怦”跳。

她一边说，我一边记，一边画。言毕，一张她的情绪涨落图清晰呈现出来。其中几个重要的转折点，她都可以说出具体的时间和相关事件因素。

我指着这张图告诉她：“你刚才说，你是间歇发作，其实不是。如果你是单相抑郁，发作了会恢复；而后再发作，再恢复。这叫间

歇。但你这样，忽高忽低，一会儿天堂，一会儿地狱。这不是间歇，而是循环，是躁狂和抑郁的循环。”

我大着胆子说：“我判断你这是双相。但我不是医生，说了不算。你应该去医院确诊。”

“我知道可能是双相。”她听了并不吃惊，但又说，“我现在不想用药物治疗。我看过你的文章，说抑郁症是一种特异性疾病。那么，治疗的方式也应该不止用药这一种。我忍了五年的痛苦没有吃药，是想寻找不一样的治疗方式。”

她看着我，诚恳地说：“张进老师，请让我去尝试探索，哪怕我现在很狼狈。这也是我的权利。”

尝试心理治疗

接下来，她叙述了探索心理治疗的艰辛历程。

“我觉得，抑郁症不能碎片化处理。导致发病的应激事件只是诱因，应该有更深层次的心理机制。追溯根源，直接修复内心的创伤，是更本质的治疗。”

她告诉我，五年前，她就开始看心理医生。医生是用精神分析疗法和催眠疗法治疗。在催眠中，医生会引导她内观自己，一层一层看到自己的人格。这样，抑郁症的病因——内心的伤口，可以一点点地得以修复。

“抑郁症的治疗是系统性修复工程。药物治疗是生理修复，心理治疗是在潜意识中修复，还有在现实中的保护和修复。几种治疗手段是可以相辅相成的。”

按照她的治疗方式，意识到自己得了抑郁症后，首先要反思，探寻内心过度吸取生命能量的部分。可能是童年的阴影，长期超负荷的工作；也可能是不幸遇到控制型人格的家人，或者长期以来某个创伤突然发作。

其次，给自己创造一个安全的抱持环境，尽量避免接触创伤源头。她特别幸运，在多年高强度工作后，遇到了一位宽容的领导，容忍她的工作强度大大降低。“能发病说明潜意识觉得目前这个环境是安全的。”

随后，按照医嘱，她找了一位心理咨询师，用精神分析疗法和催眠疗法介入治疗。

精神分析的治疗也是循序渐进。最初从舒缓情绪开始，几个月后第一次有了显著疗效。

那天，医生给她催眠。在医生的引导下，她闭着眼睛，在潜意识中看到了一棵树，树干上插着一把剑。这把剑，剑头朝外。医生要她把剑拔出来，她拔不动；在医生的鼓励下，她努力地拔啊拔啊，“轰然”一声，剑终于被拔了出来。这时她从梦中醒来，全身轻松。

自那以后，她从一个性格偏压抑的乖乖女，变得容易发怒。“抑郁是内向的，愤怒的能量都指向自己；这次治疗后，我开始学习不那么压抑自己。但中间也有很多反复，大概一年多，性格才慢慢稳定下来，变得温和而坚定。”

她用“定向爆破”这个词，来形容治疗的过程。“在成长的过程中，攒了很多负能量和创伤。平常都在潜意识中不被重视，抑郁症让我们有机会回到潜意识，看到自己的伤口。”

听完这些理论，我一时消化不了。我对她说：“抑郁症是一个自愈性疾病，也就是说，即使不做任何治疗，也有可能暂时缓解。你能确定，你的潜意识治疗有效果吗？你的恢复，是心理医生的功劳，还是自愈性缓解？”

“我和心理医生一起努力，总会治好的。”她说。

我说：“如果治好了，那就不应该再反复。你试了五年，但一次次循环重复，而且好像周期越来越短，抑郁的情况越来越重，这能说明效果好吗？”

她说：“心理治疗是一个漫长的过程。在潜意识中，伤口是一层一层的，需要逐步恢复。我这五年也是一点点修复伤口。这次是我定向爆破，主动打开这个伤口，往下再走一步，所以这一轮症状比较重。不然我也会和常人一样正常生活。”

“你怎么一下子学会了这么高明的方法？”我觉得神秘。

我知道，心理学博大精深，心理治疗更是一门独特的技术，简直可以说是在和上帝与灵魂对话，她怎么能这么快就掌握？

听我这么问，她的目光越过我的头顶，似在凝神思索。她断断续续给我讲了一个故事。

潜行于意识之流

一天，催眠中，在咨询师的陪伴下，循着意识之流，她在自己的人格中一层一层下行。

她说，潜意识也是有层次的。以往，她都是在较浅的意识层面治疗，这一次，她要到潜意识的更深处去“定向爆破”。

她一路潜行；最后，在一个地下室的水牢里，看到了一个橡皮人。

“橡皮人？”我惊讶。

“对，是橡皮人，一个穿着超人衣服的橡皮人。”

“这意味着什么？”

“这个橡皮人，忠实守护着我的防御机制。小时候我缺乏保护，自己生成了一个自我防御机制。它的承受力、爆发力、耐力极强，常救我于危难之中。”

“那又怎么样？”我问。

“抑郁症发作往往是身体的自我保护，是潜意识实在不愿意忍受生命能量被剥夺。在地下室看到橡皮人，意味着我的人生已经开始改变。在意象对话中，我理解了自己很多行为模式，看到了自己这么多年默默承受的部分。我看到了自己的伤口，在修复的过程中，蕴藏的负能量会释放，引发身体反应。心灵在重新整合，新的人格在孕育。”

她告诉我，那天，看到橡皮人后，第三轮抑郁爆发。她又将自己缩进了“乌龟壳”，与大部分朋友断了联系。按她的说法，这叫“闭关”；熬了几个月，现在终于“出关”了。

“那橡皮人呢？”我问。

“我感激这个超人给我这么长时间的保护。它支撑我走过最艰难的岁月，支持我一点一滴进步。如今我成长了，它太累了，而且我现在的支撑足以保护我自己，它去休息了。”

祝愿，唯有祝愿

她的所谈，于我是一个未曾接触过的新体系，我一时无从评论。

她非常诚恳地对我说：“张进老师，你再给我一段时间。我暂时不想用西医治疗。西医要吃药，吃那么多的药，而且药物的副作用我也受不了。我还是想继续用心理疗法。”

看着她虔诚的面容，我不忍心再说什么。我说：“好吧，你再试试。如果这次不行，或好了又反复，那你就不要再幻想了，立刻来找我。”

“好！”她松了一口气，明显高兴起来。

一个月后，她的症状好转，已经可以正常生活和工作。她给我发来微信：“抑郁症是一次闭关修炼和重生的过程，我的生命前半段是乖乖女，后来抑郁让我解脱，明白了一个人修复创伤的重要性。”

不过，我仍然担心她将来再反复。“你能保证不再发作吗？”我问。

她回答：“我的治疗主要依靠另外一个理论体系，就是关注海底是不是有火山爆发或者地震。将海底的伤口一一修复好，海平面的风浪就不会太大了，起起伏伏也是可以接受和调整的。”

她继续说："不要把抑郁症单独当成一种病，可将其看作生命成长中一段特殊时期。我希望我能够继续修炼，重新承担生命的责任。心灵成长是一条少有人走的路，我在享受心灵成长和修复的快乐。它需要发自心底的接纳，生命的力量就这样注入了我的心。"

"我要自己运转。希望下次你看到我，我在发光。"她最后说。

我无法判断她说的是否都对，但看她这样自信、振奋，神采飞扬，还是为她高兴。

祝愿，唯有祝愿。

对赛娜遗言的分析

2013年2月16日夜，一位网名叫“sienna赛娜”的女孩，在她的微博上发表了一段遗言，后被证实自杀。

她的遗言短短400多字，冷静、理智、清晰、痛楚。我反复看了多遍，感伤和痛惜之余，感觉她对抑郁症有很多认识误区。假如不是这样，也许她就能坚持下来，走出黑暗。故对她的遗言做一些解析，以为后来者鉴。

先实录她的遗言，共两段：

> 抱歉很多事情没来得及处理和交代就离开。抑郁症太痛苦，世界变得黑暗扭曲，再努力也感受不到任何美好，想什么都想到死。姥姥在叫我，应该就要精神分裂，实在熬不住了。再见，大家。
>
> 并非新闻报道通常说的想不开或某种压力过大而轻生。已经抑郁多年，一直没法完全感受到正常人的乐趣和追求，只是以为自己生性冷漠被动。元旦高烧三天后，开始经历抑郁症爆发，整夜失眠，兴趣欲望全部消失，抗拒交流，变得邋遢懒惰，身心状态全面恶化。春节前在安定医院确诊为重度抑郁症，发展至今失去大部分记忆、思考、交流和行为能力，没有方向感，无法组织语言文字，大脑仿佛被绑架，甚至连点餐和发邮件都难以顺利完成，药物治疗的副作用更像恶狗噬咬身心。现在意识已经濒临分裂边缘，入院是唯一选择，但明白医治这精神癌症耗时耗财而且效果难以保证，即使有幸痊愈，失去工作能力的前精神病患者在现今社会也难以谋生，更害怕长期服药和随时可能复发的阴影相

伴终生。自知不属于意志力强大人群，无力继续与日夜不断的恐怖体验纠缠，不愿就此生活在议论和同情中，亦不愿给脆弱的家人再增加长期照料病人的精神和经济负担。责任和道理我都明白，也曾尝试自救，但身心脱离自我控制，时刻被绝望和无力困扰，滑向黑暗深渊的痛苦实在不堪忍受，反复思考后还是选择自行结束。请大家理解我的挣扎和无奈，原谅我的自私和懦弱。再见，爱你们。

“世界变得黑暗扭曲，再努力也感受不到任何美好，想什么都想到死。姥姥在叫我，应该就要精神分裂，实在熬不住了。再见，大家。”

分析：尽管精神分裂症和抑郁症都与神经递质有关，但两者完全是两种不同的病。精神分裂症被猜测是大脑中神经递质多巴胺失衡，抑郁症被猜测是神经递质血清素和去甲肾上腺素失衡。通俗地说，它们是两股道上跑的车，不会相遇。抑郁症不可能变成精神分裂，精神分裂也不会变成抑郁症。

当然，抑郁症严重到一定程度，可能出现精神症状，称为“伴有精神症状的抑郁症”；而精神分裂症患者在发病前可能会有抑郁状态，在康复期也可能出现抑郁症状。但两者是不相通的。

赛娜说“姥姥在叫我”，应该是一种假性幻听，这与精神分裂的妄想、幻觉有本质区别。赛娜的遗言中两次提到精神分裂，如果害怕即将到来的精神分裂是她选择自杀的一个原因，这多么让人痛惜！

“医治这精神癌症耗时耗财而且效果难以保证……”

分析：“精神癌症”之说，实在是自己吓唬自己。抑郁症虽然可怕，但国内外统计已经表明，有三分之一的抑郁症患者可以完全治

愈，终生不会复发。

如果患者及时就诊，配合治疗；假如再运气好，用对药，最快一个月内就可以缓解乃至痊愈。

“即使有幸治愈，失去工作能力的前精神病患者在现今社会也难以谋生……”

分析：抑郁症不是精神病，只是一种情感障碍。不要自己给自己戴上精神病的帽子。而且抑郁症只是大脑的功能性失调，并非器质性病变，不是永久性损害。

赛娜叙述她在病中，“失去大部分记忆、思考、交流和行为能力，没有方向感，无法组织语言文字，大脑仿佛被绑架，甚至连点餐和发邮件都难以顺利完成”——这是残酷而真实的叙述。但这一切都是可逆的。病愈后，智力、记忆力、决断力等等，不会受任何影响。原来有多聪明，还是有多聪明。

“更害怕长期服药和随时可能复发的阴影相伴终生……”

分析：抑郁症复发率确实较高，但复发都是有原因的。其中最主要的原因就是自行停药。如能做到遵医嘱，坚持服药，同时进行恰当的心理治疗，一般不会复发。

当然，坚持服药，说起来容易做到难。尤其是病愈后，还能坚持服药更加不容易。

“现在意识已经濒临分裂边缘，入院是唯一选择……”

分析：住院并不可怕。如果是重症患者，住院会有更多的治疗手段。比如做无抽搐电休克疗法（MECT），并无太多的痛苦，见效较快。再辅之以药物治疗和心理治疗，即使重度患者也能很快摆脱抑郁。

勿给抑郁症患者“贴标签”

翻译家孙仲旭因抑郁症离世（2014年8月28日），我原本没打算写什么东西。因为就抑郁症问题，我写的已经够多，实在没有新的话要说了。

但是，这两天，我在网上看到一些怀念孙仲旭的文章对于他因抑郁症自杀一事，有的想当然，有的不懂装懂，有的似是而非，有的装模作样。总之，语多乖谬。我不得不就一些错误表述，谈一谈我的看法。

“认识他的几位朋友都说，他那么热爱生活、热爱美食、热爱翻译、爱说话，怎么可能得抑郁症呢？”

怎样才会得抑郁症？不热爱生活、不热爱美食、不爱说话，才会得抑郁症？照这么说，孙仲旭让你感觉到热爱生活、热爱美食、爱说话，是假装的？

事实上，抑郁症的病因相当复杂，目前全世界最前沿的研究，都未能就抑郁症的成因给出肯定答案。一般认为，抑郁症可能和基因、性格、环境、恶性应激事件有关。但这也不过是经验推测，不是定论。

谁都有可能得抑郁症。任何时候都有可能得抑郁症。抑郁症是一种特异性疾病，患者的表现，也各不一样。并非得了抑郁症的人，就是性格压抑、扭曲、阴郁、不热爱生活。请勿给抑郁症患者乱贴标签。

“这个夜晚注定难熬了。因你的死。活着不是比死更难吗？爷们儿家不是应该选择难事而不是简单的事去做吗？”

这位老兄对孙仲旭可谓情深意切。可惜错了。抑郁症患者自杀，不是不坚强。你会叹息晚期癌症患者自杀“不坚强”吗？

事实上，抑郁症患者因其大脑内部化学元素失衡，他的肉体和精神遭受个人意志无法控制的双重重创，这是一种实实在在的、比癌症更深刻的痛苦。很多患者说，“生不如死”，绝不夸张。局外人站在道德制高点上，居高临下甚至带有一丝优越感地同情、开导或者指责他们，这是不科学也是不公平的。

请不要想当然地认为抑郁症患者“脆弱”，并下意识地表现出自己的优越感吧！

“福克纳得知海明威自杀后，说了句令人心脏一颤的话。他说：我不喜欢一个走捷径回家的人。仲旭兄，这也是我想跟你说的。可我不是不喜欢你，我只是不喜欢你以这种决绝的方式离开。可我知，谁也没有权力苛责你。你的世界没有人能探知。”

自杀是“走捷径”？如果福克纳真的如此评价海明威，我感到遗憾；尽管你说，“谁也没有权力苛责你”，但你这段话明显隐含着指责。你未必了解抑郁症，未必了解抑郁症患者肉体和精神的双重真实痛苦，就“心脏一颤”，作这样的评判，是不是太轻飘？

“一位读者、写作者在微信上私下里说的，因为相近的文学趣味，他常在网上跟孙仲旭交流互动，一切微博上的交流都觉得他不可能得抑郁症。”

诊断抑郁症，是一项非常复杂的专业临床技术，岂是微博交流就能判断？

由于社会舆论对患者的蔑视，甚至患者本人也自我轻视，他会下意识地掩盖病情，用最大的意志力维持日常生活，不愿意放弃“尊严”，不愿意对人倾诉，从而进入恶性循环。人前强颜欢笑，背后暗自哭泣，这在临床上有一个专门术语，叫“微笑型抑郁症”。

“一位他的翻译同行说，‘他明明说等我去广州请我吃牛杂的！’”

同上。

“大概越自省的人活得越痛苦，但您翻译的书还有写过的字，都会留下来。”

的确，据经验归纳，敏感、自尊、克己、自省的人，易于得抑郁症。但这并非科学结论。而且，善于自省的人，未必多么痛苦。请不要把孙仲旭的生活说得这么悲苦，他不需要同情。

“8月初，孙仲旭结束在喀麦隆的4个月公务回到广州，他给几个朋友打了电话，说自己的精神状况可能出了问题。”

我不知道这位朋友的转述是否完整。不管这是孙仲旭的原话，还是略有出入，都不准确。

要知道，抑郁症只是一种心境障碍，以显著而持久的心境低落为主要临床特征。这里所说的“心境低落”，可能是闷闷不乐，也可能悲痛欲绝，甚至悲观厌世，但不是“精神状况出了问题”。抑郁症患者几乎不出现精神病性症状，患者绝大多数时候都是理性的。

因此，说抑郁症是精神状况出了问题，言重了。

“前两年开始，他的状态就不太好，以前他的生活更平稳，他个人也比较单纯，现在他有些不适应这样的环境了。”

这句话，似乎隐含着一层意思：一个人，生活变动、状况不好、不适应环境，就会得抑郁症。没这么简单。抑郁症患者不是脆弱、“不适应环境”的同义词。

“谢谢您翻译了塞林格、伍迪·艾伦那么多好作品。约过您一篇稿子，您客气又礼貌。咋就抑郁了呢？”

客气、礼貌和是否抑郁，找不到直接关联。

“在这个时候再去追问，为什么是孙仲旭得了抑郁症并选择主动退出这个世界，也许已经没有什么意义了。”

这句话有一半是正确的。全部正确应该是：不仅“这个时候”，在任何时候，都不要去追问患者患病的原因。你没有这个权力，而且你刨根问底也难有正确的结论。你能真正深入一个人的内心吗？退一万步，即使结论正确，意义亦有限。

更重要的是，如此追问，事实上构成了对抑郁症患者的道德审判，满足了你的窥视欲。这会让患者自卑、自责、自外于人群。这是对患者的又一重伤害。

当然，从临床上看，找到病因对于治疗抑郁症也许有一定的参考价值。但这个价值是有限的。在一个短时间内，仅仅个别诱因，不可能触发抑郁症。有的时候，确实没有病因。况且，疾病既已爆发，病因就不再重要。就好像你用火柴点着爆竹，爆竹已经爆炸，你再追究火柴，无济于事。

“孙仲旭生前正职海运法务，兼职翻译的艰辛与不成比例的收入回报，也让人对译者当下的生存状态深感忧虑。”

译者生存状态艰辛，肯定是事实。但这里属借题发挥，“借他人之酒杯，浇心中之块垒”。讨论问题，还是一码归一码好。

逝者已矣。追悼逝者，请先理解他。表达感情，请先尊重他。不要想当然，不要信口开河；更不必装模作样，声情并茂。一瞑之后，言行两亡；无聊之徒，谬托知己。奈何！

勿给抑郁症患者“贴标签”。

最痛苦的是无能为力感

我发表博文“勿给抑郁症患者‘贴标签’”后，受到许多朋友的批评。

所有批评概括起来，大约集中为一个问题：我反对追究孙仲旭的死因，是不对的。孙仲旭罹患抑郁症，和他的生存状态有关，有着明显的社会性因素。孙仲旭之死，是对社会现实的反抗。追问孙仲旭的死因，不是批评他的性格和质疑他的脆弱，而是对社会进行批判。

我理解这些朋友的善意和初衷。我当然也认识到孙仲旭作为翻译家的生存状态的窘迫，和他作为思想者面对当今社会现实的苦闷。

但我仍然认为，当我们表达一个观点的时候，仍然需要严密的逻辑，因果之间要有科学的、理性的一一对应关系。

正是在这个问题上，孙仲旭之死和他的处境、思想、情绪、意志、毅力等等，缺乏直接对应关系。（当然我不否认各种社会因素和人格因素的存在，但不是直接对应关系）

我想在此明确表达以下观点：抑郁症不像一些人认为的那样，是“知识分子的心理病”。抑郁症的对面不是“不快乐”，而是“失去生命活力”。原因是大脑主导的荷尔蒙和化学反应失控。

具体地说，就是血清素、多巴胺和去甲肾上腺素分泌不足。后者可以简单理解为兴奋剂。缺乏这种神经递质，意味着缺乏刺激物，从而生命缺乏足够的动力和能量，造成医学上的“精神运动性阻滞”现象。

这种现象下，患者做任何事情都会觉得艰难。吃饭、走路、洗澡、交谈等等，平常人的平常事，对他们都是千难万难，都需要极大的毅力。

再说一说抑郁症群体的问题。

我反对抑郁症是“知识分子专属病”的判断。这个判断多半来源于想当然，出于自身对于社会现实的不全面观察。

我的观点是：底层百姓比知识分子更容易罹患抑郁症。这在经验观察层面能够得到验证。据我调查，多个精神专科医院的接诊记录证明，来院就诊的农村居民占一半以上。

斯坦福教授Robert Sapolsky曾经专门研究过压力机制问题。他在非洲研究狒狒时发现，这种动物等级森严，高级狒狒拥有一切，底层狒狒则很惨，吃不饱，还受欺凌。他发现，这些狒狒压力荷尔蒙水平与它们的健康状态密切相关。越是底层的狒狒，压力越大，越容易患高血压、胃溃疡，精神上也越容易躁动不安。这说明底层的生活压力会变成生理压力，最后传导到精神层面。由于狒狒是灵长类动物，它可以成为研究人类压力的模型。

生物体对于环境的应激反应大约是这样的：当感觉到压力时，大脑丘脑下部（hypothalamus）区域一个小小的回路会释放压力荷尔蒙，将身体置于高度警觉状态，在短时间内调动生命潜能，准备迎战各种危机。等到危机过去，应激反应就会自动关闭，从而休养生息。但如果危机是持续性的，应激反应系统长期开启，不能关闭，就像底层狒狒那样，危机就会演变成慢性压力，长时期身体机能受到损害，情绪也趋于出问题。

所以，Robert Sapolsky认为，压力并不直接引发任何单一的疾病，慢性压力才更可怕。

而在所有的压力中，最痛苦的是无能为力感——你无法改变自己的处境，你对未来没有处理能力，不知道痛苦何时会是尽头——这或许是为什么穷人更多抑郁症的原因。

诺贝尔奖获得者、人道主义经济学家阿玛蒂亚·森长期关注底层社会，曾专门研究过贫困问题。他认为，贫困不仅仅是生计问题，还带来自由的丧失和精神的危机。我想，这个观点和Robert Sapolsky的论述是相通的。

总之，抑郁症绝不是思想痛苦导致的情绪低落或者自暴自弃。它有着深刻的生理与生物学根源，与其他疾病一样真实。

后记
免于恐惧

本书选择在这个时节出版，是有特别含意的。三年前的此时，我罹患双相情感障碍，病重而不自知。在用极大的毅力完成了最后一篇封面文章《追求效率民生》，又挣扎着为“两会”报道编了几篇小稿后，终于在2012年3月12日这一天轰然倒下，开始了长达半年的病程。

一晃三年过去，回望当时的苦痛，恍如隔世。我曾经读过一句话，大意是说，一种病痛，其本身就包含着治愈的力量。对于精神类疾病来说，更是如此。如今，我可以比较有把握地确认，经过两年多的调整，我已经从人生的最低谷攀升而出，重建了我的生理体系、心理体系和社会关系体系。

具体说来，大约有这几个变化吧。

（一）

首先是体能的提高。

从病愈后第一天起，我就开始了体育锻炼。两年半以来，除了出差去外地，无一日间断。渐渐地，体力健旺，身体轻盈，走十几公里山路不觉得累；不怕冷，洗冷水澡一直坚持到11月中旬，即使感冒，一天就好。不久前体检，所有生化指标都处在正常值的中段。

体育锻炼的好处人尽皆知，问题在难以坚持。我的体会是，最开始要制定任务，用毅力强逼自己完成；慢慢任务变成了习惯；最后习惯变成了享受。到第三阶段，就不需要坚持了。

如今，锻炼已经成为我每天的必修课。一日不动，临睡前就似有所失，一定要补上才能踏实。晚上，在公园锻炼，穿行在树的暗影中，耳边风声飕飕，身体轻盈得似乎消失，竟会有一种凭虚御风的漂浮的感觉。

（二）

其次是脑力的提升。

一般来说，精神类疾病对脑力多多少少会有些伤害，对此我已有心理准备。可是，莫名其妙地，从2014年5月，也就是我开始写作《科普抑郁症》系列8篇、接着写作《旧事新叙》系列8篇时，我隐隐约约感觉到，写作越来越顺手，表达越来越精确，感受力越来越灵敏，联想力越来越丰富。再往后，到2014年下半年，创造力（包括摄影）呈井喷态势，两三天就会写一篇文章，体裁多种多样，质量也能维持在一个水平线上。

那一阶段，我处在一种奇妙的状态中。内心情感滚涌，目眩神迷；对美的感受随处可掬，对生活的感激接踵而至。整个人都置身于发现之中。就像日出的光芒驱散了黑暗，灵感在那一刻源源不断而来。

我曾怀疑过这个变化是否真实。经过反复对比（我几乎重读了此前写的所有文章），我确认了这个事实。

那么，如何解释？结合我在精神领域所学，我提出了三种假说：

第一，我的脑力本来就是这么高，只是过去多年一直处于慢性病程中，智慧被疾病遮蔽，而今只是恢复到本来状况而已；

第二，患病后，治疗过程改变了大脑的某种结构和功能，而这个改变，幸运的是朝向好的方向，刺激和提升了脑力；

第三，我自以为现在状况很好，其实是处于双相的轻躁狂期，表现为脑力的暂时提升。也许不久的将来，又会跌入相反方向的抑郁中。

这三种状况，第一种和第二种都是好事。但是，如果是第三种，则前景堪忧。出于对第三种状况的担忧，有一段时间，我时常会有一种紧迫感。就是要抓紧这段好时光，拼命写。不然，不知道哪一天，状态就跌回去了。

2015年春节，向姜涛医生拜年时，我对他叙述了我的三个假说。姜涛说："你的三点总结是有可能的，但是躁狂状态一般不产生创造力与生产力，短期会有效率的增加，但是后果不佳。所以长时间考察的结果就是你与躁狂无关。"

至于原因，姜涛说："这应该是你本身潜能巨大，通过疾病恢复把很多潜能释放出来了，这个在我这里也有很多例子，并不是什么奇迹。就是中医说的可能是在疾病期与恢复治疗过程中打通了一些筋脉或经络，人一下就变得聪慧了。"

不过，姜涛说，这也不会是经常发生的，因为，"首先他要有积累沉淀或储备了足够的潜能。"

这番解释，让我如释重负，不再担心现在是轻躁狂。

（三）

除了脑力的提升，还有记忆力的变化。这是在两个方向：短期记忆力下降；远期记忆力增强。

如今，我眼前的事情，尤其是数字、人名、地名，几乎转眼就忘。我绝不敢相信自己当下的记忆，一定要记在纸上才放心。

姜涛医生对此的解释是：“大脑皮层活跃，不稳定，刻的印子比较浅，形不成深刻记忆。”

至于远期记忆力的提升，可能更难解释。

不久前，我的大学同学建了一个群。一天，叙旧时，提到32年前，同学们曾经办过一本刊物《南大中文》。说话间，那本发黄的、纸张粗糙的油印刊物，突然在我脑海里浮现；我当即报出其中有哪几篇文章，是哪几位同学所写，甚至复述出文章开头的几句话；接着我想起我和一位同学去采访某位老师；那位老师住在一个筒子楼里，我们穿过狭窄拥挤的走廊时，黑暗中有一个光着膀子的男人在做饭，用的是煤油炉，煤油味扑鼻而来……

我毛骨悚然。我实在不知道脑子里居然还装着这些东西。由此我推论：记忆力是很强大的，很多事情我们自以为忘记，其实它只是躲藏在大脑的某个地方，说不定什么时候，它就会被挖掘并浮现出来……

（四）

但以上这一切不过是皮相之议。

相较于生理，最深刻的应该是精神世界的变化。今日我能够发自内心地说，精神类疾病，包括抑郁症、双相等等，都是有积极意义

的。它让你停下快速前行的脚步，盘点自己的人生，重新审视自己，发现自己，从而更自信地面对世界。

为什么？我悟到：人的精神世界，是有着坚硬的外壳的。无论别人还是自己，都很难深入到自己的精神世界，遑论改变？并非情愿地，一次彻底的精神疾病治愈过程，有可能打破这个坚硬的外壳，让大脑功能从失衡到平衡，相应地精神结构也会发生变化；而精神结构的重塑，则可形成良性、积极的情绪、意志、认知、思维模式，使心理状态得到改变。

从现实角度看，一个人在病程中，会暂时失去很多社会功能，但大脑从未停止思考。既已陷入人生最低谷，就不必再粉饰和虚夸，而可以直面内心，用手术刀解剖自己，梳理人生成败得失。

人生在世，最负面的情绪是恐惧。所以罗斯福的“四大自由”中，有一条就是“免于恐惧的自由”。而恐惧的原因是害怕自己不够强大。其实，强大和弱小，都是相对的；追求外在的强大没有止境，唯一能做到的是内心的强大。

每个人心中都有一堵墙，同时都有一扇门。这堵墙是自恋、恐惧、封闭，把自己和真相隔开，看不见世界的真实存在，看不到自身更大的力量。只有推倒这堵墙，或打开通往墙外的这扇门，让外在的光亮照进来，或点亮你心中的光，你才能看清自己的内心，让真相自然映现。

有时候，我甚至认为，抑郁症或者双相，其实是精神力量整合的一个契机。是停下原来的脚步，静观并重组。两年半来，我经历了人生的第二次成长。好比从自己抽身而出，从高处来直面自己，俯视前后左右、过去将来。

我想，每个人都可如此。假如你能对自己洞若观火，你就可以更加自信和从容地面对这个世界，真正强大起来。——你也就会无所畏惧。

两年半来，我一直没有停止对自己的重新认识。完成这篇文章后，我的反思基本完成。人们穷其一生，都不会结束对生命的永恒追问，在奔向知天命之年时，我有此认识，并不算晚。——子曰：朝闻道，夕死可矣。

今天是2015年5月6日，在二十四节气中属立夏。“斗指东南，维为立夏，万物至此皆长大”，立夏意味着春天已去，炎暑将至，万物繁茂。生命勃发的季节到来了。

写到这里，已是深夜。窗外，暑气梦境般流淌，它浸润着人类的眼睛和心灵。我写过，且释然，人生一段往事，就此滑向生命深处。大起大落，大喜大悲；遥远荒僻的沉静中的地方，你或许能找到昔日苍劲时日的美丽回忆，那种种强烈的情感和矛盾，早已熟稔的幻想、熟稔的悲凄……

让我们怀有感恩之心，珍惜生活吧。

谨以此书向那些慈悲心怀、帮助患者重见天日的医生们致意；

向那些曾经饱受折磨，最终逃出生天的胜利者们致意；

向那些正在饱受折磨，但咬紧牙关不言放弃的坚持者们致意；

向那些和自己的亲人一样饱受折磨，在求治之路上辛苦辗转的家属们致意。

晚安。

张进

2015年5月6日夜

附录一
失守抑郁症

上篇：摆脱误区

清晨6点左右，大街上行人稀少，北京市德胜门外安康胡同，中国第一所精神卫生医院——北京安定医院已经热闹起来。门诊大厅长椅上坐满患者，到7点钟开始挂号时，大厅已人流如潮。

在主任医师姜涛的诊室外，病人排起了长龙。这位在“好大夫在线”网站上颇受患者好评的医生，主治抑郁症。当天的号早已被预约完，还不断有患者敲门要求加号。到上午10点，他的号就加到70多个。

“病人比以前大幅增加。”姜涛告诉财新记者，长期以来，北京安定医院主要治疗精神分裂症，接诊的患者中，70%被诊断为精神分裂症。近年来，抑郁症患者的人数已经超过了精神分裂症患者。2006年，安定医院特设抑郁症治疗中心。目前，抑郁症患者人数已经占到了全部患者的一半。

姜涛的观察，与不少地方精神病流行病学调查的结果相符。上海市精神卫生研究所医生费立鹏结合全国六个地区的流行病学调查数据，在国际医学杂志《柳叶刀》上发表了一篇文章称，中国抑郁症终身患病率为6％，远高于精神分裂症的1％。

北京大学精神卫生研究所医学博士刘津，如此概括全国抑郁症的状况：“抑郁焦虑增多，门诊量大概50%、住院综合科大概40%都是抑

郁症。”

抑郁凶猛

央视主持人崔永元回忆说：“抑郁症离我很近，近得像亲兄弟。……差不多有四五年的时间，我抑郁并活着……抑郁症病人有多苦，不说也罢。”

2012年8月22日下午，在罹患抑郁症半年后，《人民日报》文艺部编辑徐怀谦从高楼纵身一跃，结束了自己的生命。

这是半年内第二起进入公众视线、因抑郁症导致的自杀事件。3月20日，南京女孩“走饭”自杀一天后，她生前利用“时光机”（可定时传送信息的软件）发布的遗言，在她的微博页面上显示：“我有抑郁症，所以就去死一死。”

这句仿佛来自另一个世界的留言，被活着的人们转发了8万多次，留下16万条评论。

死者已矣。生者往往难以体会他们生不如死的痛苦。其实，只要随便查一本医学专业书籍，就可以得知，“抑郁症是一种常见的心境障碍，可由各种原因引起，以显著而持久的心境低落为主要临床特征，且心境低落与其处境不相称，严重者可出现自杀念头和行为。多数病例有反复发作的倾向，每次发作大多数可以缓解，部分可有残留症状或转为慢性。”

央视主持人崔永元曾经罹患抑郁症。他后来回忆说：“抑郁症离我很近，近得像亲兄弟，医书上描绘的大部分病症我都具备了，还有即兴发挥的部分。差不多有四五年的时间，我抑郁并活着……抑郁症病人有多苦，不说也罢。”

即便顽强地活着，抑郁症患者的生活质量也极其低下。

在持续的低落情绪下，抑郁症重度患者往往伴随严重的躯体障碍：头疼、头晕、心悸、气短、乏力、失眠、胸闷、胃痛、腹胀、便秘、食欲性欲减退，等等。“自杀的抑郁症患者，自杀前六周一般都看过很多科，什么心内科、消化科、胸内科、神经内科、内分泌科看了个遍，10%到20%的患者查不出生理问题。这其实是抑郁症的躯体化表现。”北京大学第六医院（北大六院）医生唐登华说。

伴随着躯体症状，患者的精神状态逐渐走向低谷。最常见的症状是情绪低落，兴趣减少，大脑活动障碍，自我评价降低，自责自罪，社交恐惧，无助绝望。这样的状态下，部分病人选择以死解脱。

在安定医院门诊部，一位60多岁的女患者在女儿的陪同下前来就诊。她有20年抑郁症史，每年至少发作两次，曾两次自杀未遂。她经常随身携带安眠药和遗书。“死亡对我来说是很幸福的事情。”她说。对于中重度抑郁症患者，似乎只有自杀才能终止绵延的痛苦。

与其他发展中国家一样，中国的抑郁症患者很多得不到专业治疗。1990年，中国仅有5％的抑郁症患者得到治疗，而美国同期的数字为35％。2003年，覆盖北京市的抑郁症流行病学调查显示，抑郁症时点患病率为3.31％，终身患病率（调查时无症状，但曾经有过症状）为6.87％。这意味着，以北京市1278万人口计，在2003年4月这一时点，全北京有近87.8万抑郁症患者，其中近42.3万处于有症状期。

庞大的患病率导致经济损失严重。2007年，美国加州伯克利大学卫生经济学教授胡德伟联合上海市精神卫生中心测算出抑郁症各项成本：中国抑郁症一年总损失达513.7亿元，其中56.2亿元为医疗费用，此外都是“间接成本”，包括患者因病失去工作或不得不调换工作带来的损失。

这项调查显示，抑郁症人均年医疗费用预估为2957元，18%的受访者在过去一年中失去过工作；6%的受访者调换过工作；40%的受访者尚

能保留工作，但减少了工作量。受访者平均每月损失工资1169元，接近当年的社会平均工资1183元。在全国范围内，抑郁症造成的全年工资损失达159.92亿元，调换工作成本为1.14亿元，减轻工作量损失为183.54亿元。

因为抑郁症自杀而导致的过早死亡，也带来经济上的损耗。据测算，农村间接损失为43.03亿元，远超城市的8.11亿元。

火星与熊熊大火

轻度抑郁症可以不吃药，通过心理治疗甚至自我调整缓解；中度抑郁症患者可以用药，也可以不用；重度抑郁症患者必须用药。

美国抑郁症患者安德鲁·所罗门在所著的《忧郁》一书中写道：抑郁症患者像一根干燥的木柴，若生活中的火星掠过，就会燃起熊熊大火。

安德鲁将抑郁症的起因描述为内因、外因相互作用的结果。这种判断，符合医学界现阶段对抑郁原因的研究结果：抑郁症致病是综合因素，有遗传原因，有生化原因，也有心理和社会原因。发病基因不是一个，而是上百个基因，它们相互作用导致了抑郁症。

现代解剖学用手术刀更彻底地描摹出抑郁症患病机理。20世纪上半叶，研究人员对抑郁症自杀者的大脑进行解剖时，发现他们大脑中三种神经递质（5-HT、去甲肾上腺素和多巴胺）浓度低于常人。这三种神经递质好比邮差，在脑细胞间传递信息。如果这三种神经递质减少，脑细胞间的信息传递受阻，抑郁症就会不期而至。

据安定医院医生姜涛临床观察，抑郁症呈献出行业性特点。公务员、教师、警察、媒体从业者、演艺界人士患抑郁症的比例明显高于

其他行业。这种现象，在逻辑上可解释为：工作压力相当于将干燥的木柴放置在易燃的环境中。

对抑郁症起因的理解，决定着治疗方案的选择：是给予药物治疗，还是进行心理干预。

社会上关于抑郁症有一个误区，就是把抑郁症简单归因为性格、心理问题。北大六院医生唐登华认为，人们往往认为是外部某一具体事件导致了抑郁症。其实，这种具体事件很可能只是抑郁症的结果，而非原因。比如，一个女儿被母亲打了一巴掌就自杀，真正的自杀原因并不是这一巴掌，而是她有病，易受刺激，这巴掌只是最后一根稻草。

一般人们听到某人有抑郁症，往往首先去猜想是什么事让他“想不开”，而不以之为病。央视节目主持人崔永元曾对此有过辩驳：“那些说抑郁症不是病，而是想不开、心眼小的人，你们吃我的药试试，那个药劲是非常大的，我吃那个药，两粒三粒，早晨5点、6点、7点、8点才能睡着觉。没有这种病的人，吃了这个药，可能三天都睡不醒。”

崔永元所说的现象，早已被医学科学所解释。国外一本医学杂志曾刊登抑郁症患者脑脊液标本分析，研究者对几十位抑郁症患者采用同位素标记技术，来测定肾上腺素、去甲肾上腺素和多巴胺的水平。结果发现，患者组发病期间，这三种神经递质均低于常人。现代抗抑郁药（SSRI类和SNRI类）便是以刺激患者脑部生产这三种物质为方向研制出来的。

当然，重视药物干预，并不意味着心理治疗全无用途。从科学角度看，心理治疗可应用于轻度患者和康复期患者；但急性期患者和中重度患者，必须依靠药物治疗。

“抑郁症治疗要药物治疗和心理治疗并重。轻度抑郁症可以不吃药，通过心理治疗甚至自我调整来缓解；中度抑郁症患者可以吃药，也可以不吃；重度抑郁症患者必须用药。这个时候，只给他安排心理调整，不给吃药，他的病情就会加重。”北大六院院长助理姚贵忠对财新记者说。

在抑郁症后续治疗中，因对抗抑郁药持怀疑态度而放弃治疗者为数众多。由于抗抑郁药起效慢，平均起效期2至4周，且副作用大，在起效前甚至会加重自杀倾向。这是患者抗拒服用抗抑郁药的一大因素。尤其是一些难治型抑郁症患者，很难一开始就能找到对症的药物。在足量足疗程试用某类药无效后，还得再换另一类药。少则几个月，多则半年，他们才能试出可起效的药物。这又拉长了痛苦的时间，增加了患者的绝望情绪和自杀概率。对这样的患者，医生和家属只能鼓励他坚持服药，防止他偷偷藏药。

对于治疗有效的患者，抗抑郁药也并非想停即停，否则会复发。“首次发作要服药至少一年，一些抑郁症患者需要终身服用。”北京安定医院抑郁症治疗中心主任王刚教授说。

在他诊疗的病人中，患者服药依从性是个难题。30％的患者在起效一个月后放弃服药；50%的患者两个月放弃服药；三个月放弃服药的患者达80％。

错位的治疗

抑郁症的诊断是一个难题，若诊断失误，治疗效果会适得其反。

北京安定医院大门前，一位经历多年抑郁症折磨的患者犹豫再三，不愿走进去。后来他告诉财新记者，那时他认为，一迈进安定医院的大门，一辈子就会带上“精神病人”的烙印，不好见人了。

这种心理，在抑郁症患者及家属中较为常见，它造成了抑郁症患者就诊率不到10％的现状。

安定医院考虑过患者这一心理感受。2006年1月5日，安定医院抑郁症研究中心成立。该治疗中心主任王刚教授对财新记者说，当初起名时颇为斟酌。最初想叫“心境障碍治疗中心”，考虑到这个名称大众识别率低，就没有用。其后想叫“情感障碍治疗中心”，又怕患者以为是解决情感问题。最终定名为抑郁症治疗中心，公众认知度高，又避免患者产生所谓精神病的联想。

抑郁症治疗中心成立后，越来越多的抑郁症患者慕名前来。“抑郁症患病率增加也与检出率提高有关。中国医疗界这些年对抑郁症的认识提高了。”王刚说。

十七八年前，中国的抑郁症识别率低，国外的抑郁药在中国卖不出去。那时美国一个抑郁药厂商到中国来调研，安定医院医生告诉他们：“我们这里得抑郁症的很少。”他们就来中国做普及讲座，让医生提高对抑郁症的辨识能力。

诊断是抑郁症的一个难题。若诊断失误，治疗效果会适得其反。在抑郁症知识未普及前，约20％的抑郁症患者因伴随幻觉和妄想，被误诊为精神分裂症。

对抑郁症认识提高后，另一种重要的误诊，成为抑郁症治疗上的拦路虎。即双相情感障碍易被误诊为抑郁症。

在非专业人士看来，双相情感障碍属于抑郁症；严谨的学术概念，则把抑郁症和双相情感障碍视为两种不同的疾病。双相情感障碍是指发病以来，既有躁狂或轻躁狂发作、又有抑郁发作的一种心境障碍。它和抑郁症虽然都属于心境障碍，但在治疗原则上显著不同。双相情感障碍的自杀率高于抑郁症，如果按照抑郁症治疗，一是难治，

二是解除抑郁后，会导致转向躁狂，发病频率明显加快；发作频率越快，治疗难度越大，患者自杀风险越高。

王刚及其团队做过双相情感障碍误诊为抑郁症的横断面调查。横向误诊率（同时期）为20％以上。如果开展长期随访研究，误诊率会更高。

美国最近有一个研究，跟踪随访了13年前被诊断为抑郁症的200名患者，发现当年被诊断为抑郁症的患者，46％最后被确诊为双相情感障碍。即目前被诊断为抑郁症的患者中，可能接近一半实际上是双相情感障碍患者。

有着20年临床经验的安定医院医生姜涛说："有的双相情感障碍患者首次发作时为抑郁，轻躁狂的时间很短。对于患者家属来说，轻躁狂很难识别，家属和患者都不认为是疾病，不会当成问题跟医生说，医生采集信息就会有困难。"

对于在十几分钟的门诊时难以做出诊断的患者，王刚建议诊断困难的患者最好住院观察治疗，或者患者及时复诊。在住院患者中，抑郁症患者占30％，60％以上是双相情感障碍患者。在不考虑误诊的情况下，双相情感障碍的终身患病率为3.7％，已属重大精神疾病。

防控失控

不合格的心理咨询师和无资质的小医院，不仅让患者破财，还会害命。

患者及其家属不了解抑郁症，就难以获得专业治疗。与此同时，一些无效治疗却大行其道。部分心理咨询师、中小医院从事不规范的抑郁症治疗，以此敛财。

一位重度抑郁症患者告诉财新记者，曾有一位心理咨询师对他说："你有什么病啊？你吃什么药啊？"一位曾在安定医院就诊但拒绝吃药、转向心理咨询的大学生，后来卧轨自杀。有些心理咨询师认为抑郁症只是心理原因，耽误了本应吃药治疗的中重度患者。

心理咨询师进入门槛低，素质良莠不齐，造成抑郁症治疗混乱。中国心理卫生协会副会长赵国秋认为："全国范围内，临床心理学系凤毛麟角，缺少有医学和心理学双重背景的人。心理咨询师刚开始没有归口单位，后来是人社部发证培训，发证门槛很低。"

在他看来，很多心理咨询方法，其效果评估和收费标准都有问题，环节没理顺。台湾有精神卫生法，对心理咨询的组织、展开都有非常细的规定；中国澳门、中国香港也有类似的监管法规。而大陆即将出台的精神卫生法只管医院和医生行为，其他涉及不多。

如今，中国的抑郁症患者中，只有不到10％在专科医院就诊。还有一些患者流往并无抑郁症治疗资质的中小医院。财新记者见到一些守候在安定医院的医托，宣称自己的医院能根治抑郁症。"我们的患者常常被那些人拉到他们那儿，花了1万多元没治好，又回来继续治疗，病情因此被延误。完全没人监管这种医院。"王刚说。

在多位专科医生看来，抑郁症患者到专科医院就诊，是康复之路的开端。前述那位罹患双相情感障碍20余年的女性患者，今年确诊后，在安定医院治疗仅三个月，病情便稳定下来。只是因患病时间太长，她需终身服用心境稳定剂维持治疗。

即便如此，她仍然觉得值得："在绝望的时候，永远想象不到病好了会是这样。"在她内心深处，那块抑郁阴云终于散去，它曾隔绝她同这个世界的联系。如今，她的生命回归常态，昔日那绵延不尽的绝望，被买菜、唱歌、散步、交谈等日常生活所取代。

“我从地狱回到了人间。”她说。

这句话，也是许许多多抑郁症康复者的心语。

下篇：地狱归来之路

2012年9月8日，北京大学第六医院（北大六院）多功能厅。

这一天，是北大六院抑郁症自助团体成立五周年纪念日。一间小小的会议室，坐满了约20个患者和家属。每个人都有不同的故事，痛苦各异，但都源于抑郁症。

这个组织的创办者之一、患病20多年的武利国，布置会场时，在墙壁上贴上自己写的五个字——“心灵的故乡”。

好几个参加活动的患者说，这五个字说出了他们内心的感受。

心灵的故乡

不要对病人进行道德指责，或者用社会标准去要求他们。来自家庭的不理解往往对患者伤害更大。

“自助团体的作用就是帮助别人和接受帮助。在帮助别人的过程中，自己也能得到快乐，有助于康复。”这个团体的组织者之一、北大六院主任医师王希林对财新记者说，“实践证明，这样的康复形式确实很有效。”

2007年，在医院住院的一些抑郁症患者对王希林说，希望病友们出院后仍能保持联系。疾病的共性使患者彼此间能更好地相互理解和鼓励。于是，王希林向院方申请了一个房间，作为活动场地。患者和

家属每月举办活动，互相交流治疗和康复的经验，有时还组织唱歌、逛公园等娱乐活动。

她还对家属进行健康教育，帮助他们认识到，疾病使患者的主观感受发生了变化，使患者消极、倦怠、悲观或容易烦躁，这些都是能够通过治疗纠正的。而家属的接纳和理解，对于病人的康复非常重要。

北大六院院长助理姚贵忠也说，家属单独和医生交流，非常必要。家属对抑郁症多了解一些，对患者的照顾就更周到一些。

患者李香（化名）对此有切身体会。她是双相抑郁障碍患者，既有抑郁，又有躁狂。抑郁的时候，消极，悲观，不愿意干任何事，甚至一夏天都没洗澡。“你整个人都馊了。”丈夫这样抱怨。躁狂的时候，动辄发脾气。丈夫说她没修养，性格有问题。

“不过，我知道，我是病了。”李香说，“没有经历过抑郁症的家里人，是无法理解的。”

王希林说，不要对病人进行道德指责，或者用社会标准去要求他们。来自家庭的不理解往往对患者伤害更大。患者对外人的不理解和偏见相对容易承受，但难以面对家人的误解和失望。有一个自杀未遂的患者述说，就因为家庭导致了她的绝望。

患者梁向阳的故事，就属于此类。

2006年，她被诊断出患有抑郁症，医生建议住院治疗。可是丈夫认为，这是她思想和意志力有问题，住院服药不管用。最后，还是她父亲出面，她终于得以住院，病情得到了控制。

后来，康复过程中，丈夫仍然不愿意承认她有病。当她陷于悲观消极时，他就会说：“现在日子过得这么好，你怎么会得这种病？”

冷漠让她逃避家庭。最绝望时，她伸手摸家里的电源，想一死了之。

她回忆说，当时，她就是赌气，要死在家里，让丈夫知道，这是他不理解的后果。

自杀未遂，她的左手中指留下永久的伤疤。她丈夫不愿意陪她去医院，认为这是她自找的。

后来，她把抑郁症知识小册子拿回家，也没有人愿意去翻一翻。

2007年，梁向阳参加了北大六院的抑郁症自助团体。在那里，她和其他抑郁症患者交流经验和知识，有的还成为好友。她逐渐对自助团体有了归属感，那是她最重要的康复支持。

“就像心灵的故乡，离不开了。”梁向阳说。

“你是病了，不是错了”

支持性心理治疗是抑郁症治疗和康复的主要手段。常用的技术为倾听、解释、指导、疏泄、保证、鼓励和支持等。

“倾听，是多么重要！”自助团体的另一位患者周新萍说，她至今无法忘记前夫那张几乎扭曲、愤怒的面孔。他摔东西，大声喊：“你别说了，别说了，你说那么多，我实在受不了！”

可是，当年在病态中，她就是要通过反复地说，来宣泄内心的抑郁。她当初犯病，是因为工作单位人际关系不好。回到家，觉得丈夫是自己最亲的人，便习惯性向他诉说。

但丈夫不能理解。她的病情反复发作，后来她丈夫提出离婚。如今，离婚已经六年的她，内心还是想念前夫，尽管并不能从他那里得到关怀。

“耐心倾听患者的自动述说，使患者感到有人正在关心和理解他。倾听是所有心理治疗的前提。”中华医学会主编的《抑郁障碍防治指南》认为，支持性心理治疗是抑郁症治疗和康复的主要手段。常用的技术是倾听、解释、指导、疏泄、保证、鼓励和支持等。

对于家属如何倾听，北大六院院长助理姚贵忠告诉我们，首先要区分患者轻、中、重三个级别。如果是重症患者，以陪伴为主，减少说教，不做思想工作，不提指导性的意见，默默地陪伴，患者有需要就给予帮助；如果是轻症患者，要了解他想要什么，可以谈得比较深入。但主要是让他倾诉，切忌以社会标准要求病人。

医生的倾听和耐心解释对患者康复非常重要。北大六院主任医师王希林说，在最初接受治疗时，医生对患者的疑问更要耐心倾听和解释，有时一个问题需反复回答和解释才能消除患者和家属的疑虑，否则很难使患者坚持用药。抑郁症的治疗是长期的，长期服药可降低复发的风险。

王希林说，由于医疗资源紧缺，病人太多，很多医生的门诊时间很短。但有时简短几句话也可使患者得到安慰，例如“抑郁症是能治疗的，肯定会好起来的，一定要有耐心”等。家属也可照此来鼓励和支持患者，以赢得治疗时机。

王希林还说，医生在和患者本人或家属沟通时，最好不要给患者一些否定性答复。不批评，不指责。和病人交流，不能像做一般的思想工作那样，有些问题可能暂时解决不了，原因可能是多方面的，如症状使患者缺乏自信、看问题态度消极、易产生挫折感等。可以采用迂回的方式，病情较重时应以安慰和支持为主。无条件的理解对患者的康复可有较大帮助。

远离自杀

很多人不敢询问患者是否有轻生的念头，担心可能诱导患者自杀。其实谨慎地询问并不会诱导患者，而有助于早期发现和尽早采取相应的干预措施。

“三分之二的抑郁症患者曾有自杀想法与行为，15%-25%抑郁症患者最终自杀成功。自杀在青年及老年人中发生率较高。”中华医学会主编的《抑郁障碍防治指南》用以上数据警示世人，抑郁症具有高自杀率，终身自杀率为15%。

自杀分三个阶段：自杀观念、自杀企图、自杀行为。北大六院院长助理姚贵忠认为，到了第二个阶段，患者就非住院不可了。

自杀是抑郁症最严重的后果。北大六院主任医师王希林说，家人要细心观察病情较重的患者。如果之前能积极配合治疗，但病情尚未好转时患者又表现出抵触情绪，不想继续接受治疗，家属就要注意患者是否有轻生念头。

王希林说，很多人不敢询问患者是否有轻生的念头，担心可能诱导患者自杀。其实谨慎地询问并不会诱导患者，而有助于早期发现和尽早采取相应的干预措施。如果家属观察到患者有自杀企图，一定要带他及时去正规医院就诊。在风险解除前要始终陪伴患者。

患者周新萍告诉财新记者，她曾经阻止了两个病友的自杀行为。其中一次，一位相熟的病友发短信给她：“我要自杀了，不想活了，跳楼的位置都找好了。”周新萍立刻回短信，告诉他，马上拿上病历和钱，下楼打一辆出租车去医院，医生能解除你的痛苦。她解释说，对于那种状态的病人，需要明确的、可执行的建议。

病友听从了她的建议，她的短信挽救了一条生命。

“很多抑郁重症患者在极度痛苦时，会想到放弃生命。有时候生与死，就是一念之差。”患者李香告诉财新记者，她在青春期时就曾喝酒精自杀过。当时，她已经多年处于严重抑郁状态，却不知道自己是病了。

“青春期和老年期的个体更容易自杀。自杀未遂是一个极其危险的信号，应让亲属知情。应给予高度重视并采取相应的干预措施。”《抑郁障碍防治指南》中强调。

二次成长

对患者应该是推，而不是拽。在他需要时，你在身边。把目标分化为一个一个小步骤，每向前走一步，他体会到成功的快乐，再接着走下一步。

《抑郁障碍防治指南》还称：在维持治疗阶段，即康复期间，除了药物，还需要心理治疗。心理治疗旨在让患者保持无抑郁状态，减少和消除抑郁障碍产生波动的持续因素。但该指南不主张将心理治疗作为预防复发的单一手段，除非患者由于特殊原因不能用药。

北大六院院长助理姚贵忠告诉财新记者，病人的重度症状消除后，就开始进入康复阶段，要努力恢复各项社会功能。在此过程中，除了家庭的支持，社会也要给予理解和尊重。

他建议，如果发现明显的抑郁情绪，先去看专业的精神科医生，确诊后服药，减缓症状后，再寻求心理治疗，进入康复阶段。

他说，康复是一个过程，着重各项功能的恢复，目的是让病人恢复正常的社会生活。在这个过程中，要坚持一个理念：“只要不妨害他人，每个人都有权利也有能力让自己快乐，让生活有质量。”

王希林称，抑郁症是一种比较常见的精神障碍，药物治疗是非常重要的治疗手段。

目前抗抑郁剂的种类较多，精神专科医生对抗抑郁剂的使用已很有经验。“个体化治疗”在抑郁症的药物治疗中也较重要，即医生根据患者的病情特点选择或调整药物种类和剂量。药物治疗中还应强调的是“长期服药”，特别是对于病情复发的患者——这不意味着抑郁症长期治不好，症状缓解后继续服药只是为了降低复发风险。大多数患者的疗效较好，难治的复杂的病例还不到三分之一。

她说，经常有患者在康复期擅自停药，导致复发。因此，特别要提醒患者定期到医院复查，由医生判断是否可以停药。停药时也应逐步减少用药剂量，缓慢停药，避免出现撤药反应。

另外，“早发现，早治疗”非常关键。尤其在康复过程中，如果感觉到无明显原因的心情不好、乏力或失眠等，就应该及时就医，在复发初期及时调整、治疗通常可获得更满意的效果。

认知治疗是中华医学会推荐的康复方法之一。这种治疗的目的是帮助患者重建认知、矫正自身的系统偏见。这些偏见包括对个体既往生活经历及将来前途作出错误解释和预测。

“简单地说，认知就是如何看待疾病和如何看待自己。”姚贵忠说，这和自省不一样，不是站在道德角度批判自己，而是强调内心的和谐与平静。

作为有25年临床经验的精神科医生，姚贵忠有一套独特的“康复处方”：

第一步，康复评估。评估病情和资源，患者有哪些可用的资源；他有哪些优势和劣势。

第二步，患者、家属和医生三方会谈。在充分尊重患者意愿的前提下，三方达成共同的康复目标。

第三步，开出康复处方。开处方的前提是尊重患者，所有康复计划都要和病人协商，获得同意。计划要具体、可操作、可检查，每次最多提三条，再多患者就执行不了。

姚贵忠举例说：假如一个患者病情较重，可以要求他每天散步10分钟。每两周复查一次，到时候检查他执行的情况，并作调整。如果有的患者懒散，就引导他承诺做一些简单的事情。

“比如，上菜场买菜行不行？如果不行，在家里做饭行不行？还不行，洗碗行不行？洗全家的碗不行，只洗自己的碗行不行？如果再不行，三天洗一次自己的碗行不行？一周洗一次行不行？就这样和患者商量出一个他能够接受的行动计划，不要强迫他。”姚贵忠说。

至于恢复社交功能，姚贵忠认为，可以把社交活动分成几个步骤：接收信息、表达信息、交换信息和适应环境，难度递增。

具体地说，患者社交有困难，医生要帮助他分析是哪一步出了问题。如果是表达信息有障碍，可以让他先朗读一段文字；这一步完成后，再让他复述别人说的话；接着让他用自己的语言概括别人说的一段话；最难的，是患者自发言语，即自主说一段话。如果能做到自发言语，患者就离回归社会前进了一步。

姚贵忠说，康复处方就是要分这么细，而且都写在病历上。最重要的是，医患之间要建立信任。切忌以社会标准去要求他。对患者应该是推，而不是拽。在他需要时，你在他身边，帮助他理清思路，把目标分化为一个一个小步骤。每向前走一步，他体会到成功的快乐，再接着走下一步。

北大六院主任医师王希林说，在临床上往往会发现患者乃至家人对治疗效果期望值过高，为患者设定过高的目标。而抑郁症治疗需要长时间服药，有些疗效不好或反复的患者应该对原有人生目标做出相应调整。

这种调整并不容易。这意味着面对现实、接受现实。但是，一旦完成了这种调整，患者就好像搬走了压在心头的一块石头。

今年58岁的武利国，早在1984年就被诊断为重度抑郁症。那一年，他的女儿刚出生。在康复过程中，他没能长期服药，病情反复发作，最后转为双相情感障碍。1996年住院治疗两年多，病情才稳定下来。

出院后，他有强烈的愿望帮助其他患者，特别是家属，“他们真是太难了，那么焦虑，那么无助”。从那以后，40多岁的他辞去国企的工作，专门在北大六院当志愿者，组织精神病患者家属联谊会和抑郁症自助团体。

“康复是一个成长的过程。患者是自己在成长，一生中第二次成长。”姚贵忠说。

（原载财新《新世纪》周刊2012年第39期；张进、王晨、罗洁琪撰文）

抑郁症诊疗骗局

2014年9月，开学的季节。本应读大学一年级的小雷（化名），无缘大学生活，从呼和浩特来到北京，求治“双相情感障碍”。这是一种难治性精神疾病，以躁狂和抑郁交替发作为主要特征。

在此之前，他已经在北京德胜门中医院治疗了一年多。那是2012年下半年，小雷的父亲觉得儿子“精神状态出了点问题”，决定到北京治病。在网上稍做查询，他便被一路“导航”到北京德胜门中医院。

小雷的父亲告诉财新记者，之所以选择德胜门中医院，是因为那里的医生告诉他，“中医可以去根”；还有，德胜门中医院有一款诊疗仪器——脑神经递质检测仪（EFG，Encephalofluctuograph），疗效非常神奇。

据德胜门中医院宣传，这款仪器“通过了美国药监局和中国药监局的权威认证，成功申请美国、日本、欧盟多项专利，是世界精神病学会（World?Psychiatric?Association）指定的精神疾病检测设备，也是中国精神疾病专家委员会指定的精神疾病检测诊断设备”。

小雷一家顿生信心。进了德胜门中医院，医生没有过多询问病情，即用EFG对小雷的头部进行无创检测，生成一张“脑涨落分析报告”，检测出9种脑神经递质的数值。医生告诉小雷的父亲，这些数值证明小雷的脑神经递质出了问题。医生据此为小雷制订了治疗方案，“高的数值要调低，低的要调高”，并暗示可以根治。

接下来的治疗非常昂贵。2013年1月至7月，小雷在德胜门中医院治疗总共花费近20万元，不过病情并没有好转，反而愈加严重。父亲回忆：“治疗没有什么效果。狂躁的时候，六亲不认，打人；打我们的同时，要自杀，就去撞墙。”

2013年7月的一天，小雷闹着要吃安眠药自杀。父母流泪劝阻，狂躁的小雷用铁铲砍伤了母亲，又在父亲头上砍了一道十几厘米的口子。至今小雷父亲头皮上长长的伤痕仍清晰可见。

无奈的父亲转而将小雷带到北京安定医院求治。这是一所三级甲等精神卫生专科医院，也是国内精神疾病诊断与治疗的重要研究机构之一。

首诊时，他向安定医院的医生叙述了神经递质检测仪的事情。接诊的医生委婉地告诉他，不能断定EFG无效，但北京安定医院从未使用过这类仪器；他只是从广告上听说过这款仪器；而且，这一两年，在北京一些民营医院接受过EFG诊疗、没有任何效果，不得不转到北京安定医院治疗的病人，越来越多。

“我首诊的这些病人中，有接近三成做过EFG检测。白花了钱不说，病都被耽误了。”这位有着20余年临床经验的精神科专家一声长叹。

EFG神话

打开EFG官方网站（http：//www.efgedu.net/），赫然可见一条标语：“重塑精神世界，共创美好人生”。网站的基调以蓝色和白色为主，乍一看很容易让人联想到世界卫生组织的官网。

然而，在EFG官网上，找不到任何创办组织的信息。

根据网站的介绍，EFG脑神经递质检测仪和EFG脑神经递质免疫再生疗法，是“由世界精神病学协会（WPA）、亚洲睡眠研究会（ASRS）、抑郁症防治国际委员会（PTD）、中国精神障碍疾病预防协会等9家国际重点医疗机构及192位资深专家，经过多年科研，成功研发出的针对失眠、抑郁等精神疾病的最有效治疗成果”；该仪器能“无创定量检测GABA（γ-氨基丁酸）、Glu（谷氨酸）、Ach（乙酰胆碱）、NE（去甲肾上腺素）、5-HT（5-羟色胺）、DA（多巴胺）六种中枢神经递质”，且这项技术“经过美国药监局FDA、中国药监局SFDA

和欧洲CE的权威认证，已成功申请中国、美国、日本、欧盟等发明专利”。

从生物医学技术发展历程看，不能说无创检测神经递质毫无依据。应该说，如果有一款仪器能够直接测量大脑神经递质，那么将对精神疾病的诊断和治疗提供极大帮助，是精神疾病患者的福音。

现在医学能够证明，人的精神疾病和大脑内神经递质的浓度有相关性。何为神经递质？简单地说，人脑中的神经细胞之间传递信息时，前一个脑细胞的神经末梢会释放出化学物质，其使命是载着信息，跨越细胞间隙，像邮差一样把信息传递下去。这类化学物质，就叫神经递质。

医学专家告诉财新记者，大脑的神经递质最主要的是三种：5-HT、去甲肾上腺素和多巴胺。这三种神经递质，功能不完全一样。比如，5-HT掌管情感、欲望、意志；去甲肾上腺素提供生命动力；多巴胺传递快乐。如果这三种神经递质失去平衡，神经元接收到的信号就会减弱或改变，人体就会出现失眠、焦虑、强迫、抑郁、恐惧等症状，表现为抑郁症、双相情感障碍、精神分裂症，以及其他神经精神疾病。

但是，目前现代医学仅能从经验推测出精神疾病和神经递质失衡有相关性，还不能准确认定患者的大脑中到底缺乏哪一种神经递质。原因是，一来目前神经递质的最准确测量手段是通过开颅获取脑脊液，二来神经递质的种类很多，交互作用机制10分复杂，与精神疾病的精确关系还在探索中。

然而，从市场的角度，有需要就有可能。患者需要便捷的检测手段和永不复发的承诺，医院则需要获取最大利润。EFG就此“应运而生”。它自称可以无创检验出患者是否缺乏神经递质、缺乏哪一种神

经递质，从而对症下药。假如真能如此，由EFG书写治疗精神疾病的神话，就完全是可行的。

财新记者在百度百科键入“脑神经递质检测仪”，该词条宣称，EFG可以“为精神疾病专家提供科学、精准的检查结果”；“在专家们的科学的指导下，治疗3至7天病情明显好转，一个月内头痛、失眠、抑郁症、心理障碍等症状基本恢复正常”。

在百度搜索引擎中键入“EFG脑神经递质检测仪”，全国各地宣传使用该仪器的医院信息铺天盖地。这些医院对EFG疗效的宣传，并不完全相同——有的宣称可以治疗失眠、神经衰弱、抑郁症、焦虑症、精神分裂症，有的可以用于治疗更年期综合征、自闭症、帕金森综合征、儿童抽动症、多动症等，不一而足。

相同的是，这些网站的设计相似，且这些医院瞄准的都属于致病机理有待探索、短时间内难以根治的精神疾病。网站上有着关于EFG神奇疗效的大面积宣传，并不时弹出“免费在线咨询”“预约专家”窗口。

听起来很美妙。问题是：这一切是真的吗？

一个患者的检测

在德胜门中医院四楼一个偏僻的角落，财新记者遇到了21岁的山西忻州女大学生小琴（化名）。

小琴在两年前出现幻听症状，性情大变，过去乖巧的她变得狂躁不已，经常失眠，乱摔东西。在山西多处求医不愈，小琴的父亲在网上简单搜索后，德胜门中医院的宣传信息给他们带来希望。登录对话

框后，“医生”很热情地为他们安排了预约，一家人便从山西来到北京。

小琴的父亲告诉财新记者，简单问诊后，医生便让小琴做个脑神经递质的检测。单次检测十分钟，收费680元。

小琴回忆说，这种脑神经递质检测是无创的，只在头皮上粘上一些导线，过了十来分钟，机器就打出一张报告，上书“脑涨落分析报告”。

小琴的父亲向财新记者出示了这份报告。上面列出的数据，比EFG官网的测试项目多了三项，分别是“兴奋递质3”“兴奋递质6”和“抑制递质13”。

报告结论称：小琴“GABA、Glu相对功率下降。大脑兴奋抑制功能失调”。

医生瞥了一眼数据，就给小琴制订了几万元钱一个疗程的治疗方案。

检测期间，小琴的母亲说近来更年期，身体也有不适。护士建议说：“既然你大老远来了，你也检测一下。”

财新记者在线咨询德胜门中医院的客服，问及EFG治疗抑郁症、睡眠障碍的疗效，对方回答：“你尽管放心，我院每天面对的很多患者都有这样的情况，只要能够按照我院专家的治疗方法积极地配合治疗是可以康复的。经过我们多年的临床经验，治愈率达到98%。”

通过殷勤的网上服务，财新记者一路绿灯，挂到了专家号。就诊时，财新记者告诉医生，近来感到压力很大，情绪有些低落。医生便询问：“主动性低吗？”“兴趣低？”“自卑吗？”“很痛苦？”

随后，这位医生便建议财新记者做EFG检测；财新记者继续提问，医生拒绝作答，理由是“只有做了检测才能确定治疗方案”。

“医院印钞机”

EFG官网宣称，“检查精确度可达到97.3%以上”；而EFG脑神经递质免疫再生疗法使用的药剂，“采用现代生物基因技术，结合百余种名贵中药提取浓缩精制而成，服用后易吸收，见效快，疗效是普通药剂的30倍以上，不含任何激素，无依赖性，无毒副作用和不良反应，对心、肝、肾等重要器官均无损害。”

不仅如此，EFG治疗还可以“打通大脑经络”，“愈后不反弹”。

要搞清EFG疗效如何，不是容易的事情；但其检测费用昂贵，一望可知。

不同的医院，价格略有不同。德胜门中医院每次检测收680元。财新记者以买家身份咨询EFG脑神经递质检测仪销售代表时，他给出的收费建议是每次150元。

这位销售代表是深圳康立高科技有限公司的田先生。他介绍，EFG脑神经递质检测仪又称脑涨落图仪，一般和超低频经颅磁治疗仪（一种用于精神类疾病治疗的物理仪器，经颅磁已经在临床使用）配套销售。脑涨落图仪的成交金额在80万元左右，超低频经颅磁治疗仪在78万元左右，一套一般在160万元左右。“我们上市两年多，现在都已经卖了600多套了。”

除EFG官网授权的10家医院，网上至少还有20余家医院的网站，宣称使用EFG脑神经递质检测仪。其中，北京地区有北京德胜门中医院、北京国济中医医院等8家医院。

在此之外，根据深圳康立高科技有限公司提供的推介材料，其客户名单还包括全国40家医院、精神卫生中心。

田先生告诉财新记者，“它（脑涨落图仪）的效益是非常高的。很多院长私底下跟我们说，你们给我们送来了印钞机，既解决了临床需要，医院的效益也都提上来了。”

财新记者在德胜门中医院发现，前来精神科问诊的病人，都被要求进行EFG检测。从上午9时30分到10时30分，先后有5名患者进入EFG检测室。据此大致推算，一天大约有35个人接受检测，仅仅检测收益便是23800元。如果按照80万元的仪器进价算，医院用一个多月的时间就能收回成本。

基于EFG检测结果而生的治疗方案，则产生更为庞大的治疗费用。

财新记者发现，前述EFG官网除了介绍EFG脑神经递质检测仪，还有大量的篇幅介绍配套EFG脑神经递质免疫再生疗法。这种“标本兼治、无毒副作用”疗法分为三个阶段：第一阶段，EFG脑神经递质检测仪检测，10分钟查出精神疾病深层病因；第二阶段，ECT、脑循环综合治疗仪、氧疗仪等物理治疗+中西医平衡调理（中主西辅）；第三阶段，心理疏导及康复调理期。

如此看来，以EFG检测为龙头，有一条连环生财之道：先做EFG检测，检测收费仅是起步；之后医生根据检测报告制订的物理治疗、推拿针灸以及服用的中药，才是大头所在。

小琴做完EFG检测后，医生诊断她患了“精神障碍”，需要中药和物理治疗。药物包括6盒补脑丸和5盒礞石滚痰片，共计1250元；另外还安排了两个中药疗程，每个疗程2000元；此外再做几次以十多天为一个疗程的物理治疗，一个疗程1万多元。预计这一套治疗做完，小琴要付出近5万元。

在小琴面诊的同时，在门外候诊的小董也拿着类似的报告，只不过他的报告叫作“脑细胞损害评估检测报告”。他说这是花费800元在另外一家医院用同样的仪器做的。两家医院的检测虽然名目不同，但检测项目甚至连参考值都完全一样。

小董拿出他的报告单对医生说：“我这个检测（EFG）已经做过了，我是过来开药的。”他29岁，在北京一家餐馆打工，已经花掉了几万元，可病依旧不见好转，“太难治了”。

EFG科学吗

上述诊疗过程的起点就是EFG检测报告，随后的一切治疗方案都据此制订，看似科学。可事实呢？

EFG全称Encephalofluctuograph。很多医院的官网或者网络广告上，都把这个词断成了“Encephal?of?luctuograph”，其实不知所云，英文中根本没有“luctuograph”这个词汇。从词根的角度看，这个词的断法或许是“Encephalo-fluctuo-graph”，“encephalo”意为“大脑”，“fluctuo”意指“波动”，“graph”则是“图像”。

这款只有简称的仪器，在商业上却很成功。仅康立一家销售EFG设备的公司，就自称两年卖出600多套。

康立公司给财新记者提供的发明专利证书，注明该发明是一种“脑电涨落信号分析设备”，专利权人是“广州可夫医疗科技有限公司”。推介材料中还有相关文献，介绍脑涨落图仪的实验。实验所使用的脑涨落图仪的生产厂商，是“北京舒普生公司”。广州可夫医疗科技有限公司和北京舒普生公司拥有一个共同的法人代表——徐建兰，他也是该专利的发明人之一。

推介书使用的论文提到，“徐建兰，1998年首都医科大学毕业，硕士生，工程师，主要从事神经科学研究”。

徐建兰的家人以健康为由，没有接受财新记者对徐建兰的采访要求。

费用高昂，但如果疗效神奇，对患者仍然是福音。问题是：EFG是否科学？是否有效？

财新记者把EFG相关资料发给国内一位脑电图专家，他表示，从测量原理上看，EFG很像神经精神科普遍使用的脑电图设备。它能够探求脑电涨落变化和神经递质之间的关系，本身是很有价值的。不过，用它来检测神经递质并用于临床，目前还不着边际。

在康立提供的推介书中，我们看到专利发明人徐建兰的一篇科学论文，名为《大鼠脑内多巴胺水平与脑电11mHz超慢波谱系功率的相关性》，于2009年发表在《中国组织工程研究与临床康复》上。论文探索的问题就是EFG所宣称的脑涨落指标和多巴胺（神经递质之一）的关系。文章结论是两者之间存在一定关系，还有待进一步探索。至于EFG检测结果中提及的其他神经递质，尚没有文献支持。

北京安定医院代表着国内精神科学和治疗的一流水平，该院精神科主治医师西英俊明确告诉记者，北京安定医院从未使用过EFG检测仪，也从未考虑过在未来投入使用。

他发现，近两年很多患者转到德胜门中医院去，做脑神经递质检查，开了一堆药，“花了不少钱，没什么疗效。”

对于EFG检测结果，西英俊明确地说：“我根本不看。”在他看来，“一个没有经过科学实践证实也没有国内外教科书明确阐明原理

的检查，推广到临床上，是不负责任的。它可能会误导患者，做出错误的判断。”

前述接诊小雷的北京安定医院主治医师也表示，他从来不看患者提供的EFG检测。“EFG报告毫无意义，没有任何参考价值。”

这位医生给财新记者解释说，EFG自称通过检测神经递质来判断精神疾病，但实际上，脑神经递质都是相互作用的，非常深奥复杂，“绝对不是EFG脑外传递10分钟就能测出来的。”靠脑外接收器，用导线接到头皮上就测量出数据，“目前不可能。”

而且，即便测量出真实的数据，“也无法表达抑郁程度和临床的关系，对于临床也没有任何意义。”他说。

对于EFG的神乎其神的宣传，这位医生不无讽刺地说：“连精神分裂症他们也敢做，很能耐。”

对于小雷病情的发展，他感到无奈。他告诉财新记者，就诊时间对于精神病患者非常重要。早期及时的药物治疗对损害的神经细胞有一定的修复作用，但如小雷那样，耽误了一年，错过了最佳治疗期，或病情的反复发作，都可能导致脑神经细胞受损的不可逆性。

武汉市精神卫生中心主任医师汪涛（化名），曾经在网上撰文质疑EFG的疗效。他指出：“国内所有的正规精神病医院，都没有使用脑神经递质检测仪”；他在文章中写道：“我要诚恳地告诫广大病人和家属，在精神病的病因还未完全清楚之前，任何媒体宣传的治疗精神病可以几天见效、彻底断根、没有任何副作用之类的大话、假话，都是骗人的。”

采访中，汪涛就EFG的主要疑点，对财新记者作了细致分析：

首先，神经递质的精确检测，必须抽取脑脊髓液才有分析意义，物理方法很难测出真实数据；

其次，精神疾病的神经递质改变，还只是科学假说。也就是说，不能确定神经递质和精神疾病治疗的必然关系；

再次，即使找到了神经递质和精神疾病有直接对应关系，但由于神经递质在不同脑区的含量可能不同，同时这种含量还会随着脑功能不断变化，就算测定出一个时点、一个脑区的神经递质，也是没有意义的。

“无创性测定人脑内神经递质含量，仍然是对科学界的巨大挑战。”汪医生最后强调，精神疾病的生物性指标并不可靠，目前更多还是靠医生的经验判断，“我们也希望有一种无创检测的手段，但目前还只是美好设想。”

那么，测量报告上，那些花花绿绿的曲线，还有一堆复杂的数据是怎么回事？财新记者采访过多位脑科学研究者，他们也不理解，猜测说：“可能是数据库自动生成的；也可能是根据简单的线性对应关系换算出来的。”

“高大上”外衣

几乎所有使用EFG的医院，在院方网站上进行宣传时，还会根据EFG官网的版本进行符合自身特色的发挥，但都以“美国FDA等权威机构认证”开头。

汪涛医生去年在美国参加精神病学年会，“那么多国际专家在一起，国际上也从来没有听说过这种脑神经递质检测仪。”

北京安定医院西英俊医生也对财新记者确认，“国内外权威期刊和经典的、被认可的教科书上，都没有EFG这些东西。”

浙江大学神经生物学专业教授、博士生导师包爱民不无讽刺地说：“这听上去应该是我们一直在等待着的机器！没想到它这么快就诞生了！瑞典斯德哥尔摩的诺贝尔奖委员会也应该对此很兴奋才是！”

“但是，”包爱民话锋一转，“根据我的认识，目前还没有任何一家严肃认真的SCI杂志，曾经发表过任何一篇有关这种仪器的科学论文。”

包爱民教授一直致力于神经性疾病、精神性疾病以及内分泌疾病症状与体征的神经内分泌学发病机制研究，研究课题聚焦抑郁症、帕金森病、精神分裂症以及在这些疾病症状中人脑的性别差异。

论及精神类疾病的诊断，包爱民说：“目前精神疾病的诊断基本是依靠患者的主诉加症状和体征，去对比精神疾病诊断与统计手册（DSM）标准而做出，其缺陷在于缺乏客观指标，容易出现医师意见不统一等困境。”因此，科学家正致力于攻克这个难关，“我们在期待弄明白神经递质变化的规律，但这将是一个长期的、艰难的过程。”

中国台湾、美国等地的一些专家，也对EFG检测仪表示怀疑。

台湾精神医学泰斗、有着几十年精神医学研究和临床经验的陆汝斌教授告诉财新记者，神经保护及神经再生的确是近十年来非常热门的题目，“但有关神经再生研究近年来碰到一些瓶颈。因为脑部的神经再生仅限于局部区域，且再生的神经细胞若不能长在原来作用的位置，有时候会与原来的神经细胞相互抑制。”

对于EFG宣传中提到的六种中枢神经传递物质，陆汝斌说：“目前已知的这六大神经元系统可能只占整个脑中神经传递物质的5%-10%，还有太多的东西至今未知。”

陆汝斌明确表示：“在国际上尚未听说有同时可检测GABA、Glu、Ach、NE、5-HT、DA六大神经传递物质，又能治疗这些物质的EFG工具。”

哈佛大学博士、美国麻省注册心理咨询师Bill Tsang，有着在香港和美国20多年的抑郁症治疗临床经验。提到EFG检测，Bill表示，“从来没有听说过”。对于财新记者在某医院就诊时医生问的问题，Bill评价说：“很不专业。临床心理学家或精神科医生不会这样提问。”

财新记者注意到，EFG官网在“授权医师”一栏，有几个“外国专家”。一位是“Beers”，任职“世卫组织医院专家”；一位是“Make?Li”，任职“世界精神病学会首席专家”。经过核实，上述两家机构根本没有叫这两个名字的专家。

据财新记者查询，美国食品药品监督管理局和世界精神病学会也从未认证或推荐过EFG检测仪。

谁在使用EFG？

在EFG脑神经递质检测仪的官网上，记者看到10家授权医院。据财新记者不完全统计，仅在北京，就至少有8家医院在使用EFG检测。

此外，在EFG生产厂家康立提供的推介材料中，财新记者另外发现一份包含40家医院的用户名单，其上印有“商业机密，妥善保存”的字样。用户名单中不乏三甲医院。

除去EFG官网授权的10家医院以及康立客户名单上的40家医院，财新记者用“EFG”“脑神经递质检测仪”“脑涨落图仪”为关键字在谷歌进行搜索，发现至少还有20家医院在宣传使用脑神经递质检测仪。

监管者谁？

在EFG官网中，称EFG“已成功申请PCT国际、中国、美国、日本、欧盟等发明专利”。

财新记者根据深圳康立销售代表提供的发明专利证书，在国家知识产权局的专利检索与查询系统，确实查到了专利“脑电涨落分析设备”，发明人是周卫平、徐建兰和刘恩红。这种脑电涨落分析设备，同样获得了美国的发明专利证书，名称为“Method and apparatus for brain wave fluctuations analysis”。通过在美国专利发明网进行核实，该专利存在。

专利代表专业吗？一位前国家专利局工作人员告诉记者：“国人总认为‘专利’二字带有光环，其实申请一个专利很容易，专利并不代表可靠或者专业。”

财新记者曾致电国家知识产权局，得到的回应是，只要这个发明专利符合创造性、新颖性和实用性三个特性，符合审批所要求的法律法规，就会予以颁发发明专利证书。至于社会产业化部分，产品的效果、质量则不归他们管，“归国家质检总局等其他部门管。”

EFG官网和各家医院的宣传中，还提到EFG技术“经过严格的美国药监局FDA、中国药监局SFDA和欧洲CE的权威认证”。经查，美国FDA和欧洲CE并没有对其进行过认证。同样，财新记者在国家食品药品监督管理总局的医疗器械数据查询中，以“EFG”或“脑神经递质”为关键字搜索，均无查询结果。

财新记者又以“脑涨落”为关键字，搜到两条“脑涨落图仪”的信息。注册号分别是“国食药监械（准）字2012第3211043号”，生产单位是深圳康立高科技有限公司；以及“国食药监械（准）字2014第3210879号”，生产单位是北京市老同仁光电技术中心。

在食药总局官网上，两款注册产品的适用范围几乎一样：“用于抑郁症发病机理的研究和探讨、抑郁症的疗效辅助评估，仅限成人使用。”描述中丝毫没有提及“神经递质检测”，或者“可用于检测脑神经递质”等字样。

财新记者连番致电、致函药监局，想要核准“脑涨落图仪”的原始注册材料和核准范围，以及是否可用于“脑神经递质检测”。至发稿前，终于等到了药监局的回复。

关于深圳市康立高科技有限公司的脑涨落图仪的“检测项目和依据”，药监局回复称，“该产品目前没有相应的国家标准和行业标准”。

药监局的回复还说，产品的主要作用是“通过分析脑电信号的超慢信号，提供大脑内神经递质功能指标……为相应疾病的诊断和疗效评估提供辅助信息”。

而关于“临床效果”，药监局的回复提到，“该产品仅针对抑郁症患者开展临床试验”，而适用范围规范为“抑郁症发病机理的研究和探讨、抑郁症的疗效辅助评估，仅限成人使用”。

一位业内人士告诉财新记者，即使按回复所说，可以做临床实验，仍旧涉及两个重要问题：EFG是否超范围使用？临床资料是否做假？

“应请药监局公开临床试验单位、负责人、数据。”这位知情人建议。

移花接木背后

检索有关EFG的正规信息，可以发现对其使用范围的描述，均有“辅助”二字。这意味着，不能单独依靠EFG检测报告进行诊断，更不能据此制订治疗方案。事实上，对于精神疾病的诊断，有一套完整的流程。

财新记者还注意到，所有专利材料均称其为“脑涨落图仪”；而在实际销售过程中，生产商则愿意将其描述为“脑涨落图仪（脑神经递质检测仪）”；最终在基层医院使用时，院方则直接对患者声称，这是“神经递质检测仪”。

与这一系列移花接木相伴随的是适用范围和功效的逐级夸大。一款探索型发明创新演变为有效治愈众多精神疾病的神器，检测费用自然比单纯的脑电图高出不少；更重要的是，这能迎合患者对治愈的急切心理，使其心甘情愿地掉入医疗“神话”背后的昂贵陷阱。

在百度上搜索“北京抑郁症”，排在前面的几个搜索结果，都是使用EFG的医院。

财新记者接触的前来某医院治疗的患者，无一例外，都是先在百度上搜索，然后被引导至此。

小雷的病友小维19岁，是家中独女。出现双相情感障碍症状后，也在某医院进行了治疗，花费数十万元。最后病情恶化，情绪完全失控，狂躁不已，在家殴打父母。小维的母亲对财新记者哽咽说，不愿回忆女儿在某医院就医的经历，“太痛苦了。”

有关神经递质检测仪的广告目前还在随时随地出现。财新记者曾偶然发现，在距离某医院还有数公里的北京北土城环岛路口，就有“某医院”的指示牌，每天引导着大量精神疾病患者前往接受EFG诊疗。

“脑神经递质检测仪”的网络小广告，更是无孔不入，在许多网页的广告位置或弹出窗口都可轻易找到。“3至7天病情明显好转”“一个月内头痛、失眠、抑郁症、心理障碍等症状基本恢复正常”“治愈率达到98%”等字眼，给那些深陷痛苦中的病友及家属带来希望。

等待他们的，是更大的失望，甚至绝望。

（本文原载财新《新世纪》周刊2014年第37期；张进、赵晗撰文）

附录二
“关爱精神健康·关注抑郁症”认知手册

前言：有了认知，才有预防

你一定听说过抑郁症，但是，你未必真正了解抑郁症。

一种相当广泛的认识是：抑郁症是“情绪病”；得了抑郁症的人，是“小心眼”“想不开”“爱钻牛角尖”“意志脆弱”，等等。

其实不是。抑郁症就是一种病，有着和其他疾病一样完整的生化过程，其最大特点是自杀率高。世界卫生组织（WHO）报告指出，抑郁症是最能摧残和消磨人类意志的疾病，它对人类生命和财富造成的损失是灾难性的。由于抑郁症的病状常常被躯体病痛所掩盖，90%左右的抑郁症患者不能意识到自己可能患病并及时就医。预计到2020年，在全球范围内，抑郁症将成为第二大致残疾病。

抑郁如此凶猛，可是迄今为止，在世界范围内，人们对抑郁症的认识还非常初级。抑郁症的发病机理、治疗路径、预防预后，仍是一个黑箱。世界各国对于抑郁症，至多是对症治疗，远不是对因治疗，还停留在经验和摸索的阶段。

与诸多发展中国家一样，中国抑郁症患者很多，而大多数国人对“健康”的意识仍然仅停留在身体层面，对“精神健康”的观念淡

漠。这也导致部分人患上抑郁症而不自知；还有部分确诊的抑郁症患者，得不到家人朋友的理解和支持，求治之路困难重重。

2013年5月1日，《中华人民共和国精神卫生法》正式实施，确立了精神卫生工作的主要方针是——预防。但是，要做好预防，前提是对精神、心理疾病充分、正确的认知。恰恰在这个方面，中国差距很大，任重道远。

一个必须正视的现象是：精神、心理疾病就潜伏在我们身边，它像感冒一样常见，又像癌症一样危险！

为了你自己，为了你所爱的人，为了挣扎在精神、心理疾病中的每一个生命，我们应该行动起来——传播精神健康知识，消除社会大众对抑郁症的误解和歧视，扫除心灵的灰霾，共筑生命的蓝天！

故此，本手册以图文形式，介绍抑郁症基本知识，表述全球精神卫生问题现状，传播对于抑郁症的正确认知。

有了认知，才有预防！

一、关爱精神健康，刻不容缓

1．没有精神健康就没有健康

“没有精神健康就没有健康”，这是世界卫生组织（WHO）总干事陈冯富珍出席《精神健康手册》发布仪式时所说。

世界卫生组织公布了一组触目惊心的数据：全球大约14%的疾病可归因为神经精神障碍，约有10亿人正在经历心理、神经、精神疾病的

影响！在WHO?2020年的疾病总负担预测值中，精神卫生问题排名第一。

WHO发布的十条健康指标中，前四条都与精神卫生有关。民众对精神卫生的关注，已刻不容缓。

WHO十条健康指标：

（1）有足够充沛的精力，能应付日常生活和工作的压力，而不感到过分紧张；

（2）处事乐观，态度积极，敢于承担责任，事无巨细不挑剔；

（3）善于休息，睡眠良好；

（4）应变能力强，能适应环境的各种变化；

（5）能够抵抗一般性感冒和传染病；

（6）体重适当，身材均匀，站立时头、臂位置协调；

（7）眼睛明亮，反应敏锐，眼睛不发炎；

（8）牙齿清洁，无空间，无痛感，齿龈颜色正常，无出血现象；

（9）头发有光泽，无头屑；

（10）肌肉，皮肤富有弹性，走路感觉轻松。

2．抑郁症，一个全球性精神危机

随着人类社会的发展，生存竞争的加剧，外部内部压力加大，很多人处于精神亚健康状态，其中抑郁症最为普遍。

根据世界卫生组织公布的数据，在五种主要精神疾病（抑郁症、强迫症、焦虑症、精神分裂症、自闭症）中，抑郁症居首。

在全球范围内，抑郁症的发病率是11%，即每10个人中就可能有1个抑郁症患者。抑郁症已成为世界第四大疾患。

中国：近20年，中国抑郁症发病率上升8－10倍。随着生活节奏加快、压力增加，抑郁症、焦虑症正成为常见病。

最近一次大样本流行病学调查表明，目前全国抑郁症发病率高达4%～8%，其中需要住院治疗的重症患者占2.5%，而且发病率还在呈快速上升趋势，然而只有10%不到的病人接受了专科医生正规治疗。

中国因抑郁症导致的直接经济负担（如医疗费用）约为80.9亿元人民币，间接经济损失（劳动力丧失等）432.8亿元人民币，总经济负担达到513.7亿元人民币。

美国：每年有1100万人患上抑郁症，平均每6个美国人就有1个曾经或正在经受抑郁症的困扰。美国每年因抑郁症造成的损失超过200亿美元，约合人民币1300亿元。

英国：抑郁症发病率在欧洲最高。英国成年在职者中，曾经被诊断患抑郁症的人比例为26%。2010年抑郁症在欧盟各国造成的经济损失相当于730亿英镑，约合人民币7300亿元。

德国：据德国卫生部统计，德国有8000多万人口，抑郁症患者达400万人。抑郁症是德国现代社会中仅次于心血管疾病的第二易发疾病。

法国：每年有8%的15岁至75岁的法国人患上抑郁症，相当于300多万人。每5名妇女中就有1名在一生中经历过一段抑郁，患抑郁症的女

性是男性的双倍。抑郁症是法国人自杀的第一大原因，每年约1万名自杀者中有70%患有抑郁症。

西班牙：600万患有抑郁症的人群中，只有30%的人得到专家的确诊。大约25%的女性有时表现出抑郁症状。

3．抑郁症每年夺走许多生命

抑郁症是一种能够置人于死地的疾病，其最严重的后果是自杀。在精神类疾病中，抑郁症自杀率最高。在医学界有一个估计：抑郁症患者如果不予治疗，约三分之一会自然恢复正常，大概需时半年到一年；另三分之一会反反复复，拖成慢性；再三分之一最终会选择自杀。据2014年8月在京举行的“第七届全国心理卫生学术大会”上公布的最新数据显示，中国每年有20万人因抑郁症自杀，这数据超过两次汶川大地震！

可是，如此令人震惊的数据却没有引起社会的广泛关注和警醒。

“十九世纪威胁人类的是肺病；二十世纪威胁人类的是癌症；二十一世纪最大的威胁是精神疾病……”南怀瑾如是说。

【案例·自杀】

2013年3月20日，南京女孩“走饭”自杀一天后，她生前利用“时光机”（可定时发送信息的软件）发布遗言，在她的微博页面上显示：“我有抑郁症，所以就去死一死。”

2013年8月22日下午，在罹患抑郁症半年后，《人民日报》文艺部编辑徐怀谦从高楼纵身一跃，结束了自己的生命。

2014年4月28日至5月8日，在不到两周的时间，新华社安徽分社总编辑宋斌、都市快报副总编徐行、湘乡市广播电视台副台长贺卫星、

深圳报业发行物流公司总经理张敬武，仅媒体界就有4人先后因患抑郁症自杀而辞世。

2014年8月11日，曾赢得奥斯卡金像奖、格莱美奖等荣誉的美国著名喜剧演员罗宾·威廉姆斯因抑郁症在自己的寓所内自杀。同月28日，曾翻译过《麦田里的守望者》等多部名作的青年翻译家孙仲旭也因抑郁症而自杀，他上初三的儿子理解父亲的病况，称：“爸爸已经解脱了。”

4．公众对抑郁症认知度极低

与抑郁症的高发病率相比，公众对抑郁症的认知度却极低。国内一位心理学家曾对62位15-23岁就诊于心理专科的患者做过调查，结果显示：患者自身识别率几乎为0；学校、家庭、社会对抑郁症的识别率平均不足1%；全国地市级以上综合医院对抑郁症的识别率不足20%。

社会对抑郁症的整体认知度极低，导致抑郁症患者接受系统治疗的比例也极低。中国抑郁症患者中就医的只有10%，这10%中又只有20%曾接受系统治疗。

原因是，抑郁症患者中有些人担心被当成“神经病”而不愿就医，有些人走过很长弯路后，才不得不走进专科医院；还有些人将希望寄托于心理咨询诊所而延误病情；也有部分患者害怕吃药有副作用，或觉得吃药无作用而拒绝服用……

提高社会大众关于抑郁症的知识，走出认知误区，消除抑郁症患者的病耻感，使得他们勇于就医，接受救治，是全社会迫在眉睫的任务和责任。

【案例·病耻感】

“抑郁症患者就诊率比较低，其中不少抑郁症患者往往都是到了中、重度以上才来就医，这样就增加了治疗的难度。”河北医科大学第一医院精神卫生研究所主任王学义分析，出现这种情况有两方面的原因：一方面是大家对精神类疾病的知识了解得比较少，忽略了抑郁症的早期症状而耽误了看病。另一方面是多数精神类疾病患者有“病耻感”，认为精神科是看“疯病”的，不愿意到精神科就医。（《河北日报》，2013）

二、认识抑郁症

抑郁症是一种常见的心境障碍，可由各种原因引起，以显著而持久的心境低落为主要的临床特征。

抑郁症是一类具有高患病率、高复发率、高自杀率和高致残性特点的情绪障碍性疾病。大众概念中的“抑郁症”，一般是指的单相抑郁症。实际上，抑郁症并非单指一种精神疾病，而是一组同属精神障碍疾病的总称。它包括了单相抑郁症、双相情感障碍中的抑郁发作、隐匿性抑郁症、非典型性抑郁症等等，统称“抑郁症”。

本手册主要对单相抑郁症及双相情感障碍进行讲解。

1．抑郁症的特征

抑郁症最鲜明的特征是情绪抑郁、低落。但抑郁情绪并不一定就是抑郁症。判断一个人是否患有抑郁症，有三条重要标准：

首先，他的抑郁情绪与其处境不相称，也就是说，生活中并没有值得他悲伤的事情，他仍然情绪低落。这是一种放大了的“低落”，患者情绪可以从闷闷不乐，到悲痛欲绝。

其次，抑郁症的情绪低落是显著而持久的，即患者在相当长的时间里（达到或超过两周）心情压抑苦闷。生活中，我们每个人都会经历情绪上的潮起潮落。但是，我们总能自我调整，在不知不觉中恢复生命的活力。而如果情绪低落、萎靡不振的状况一直持续，无论如何也无法恢复到原有的健康状态，就可能患上了抑郁症。

第三，抑郁症还有一个特点，即反复发作。一般来说，当你在生活中遭遇不幸时，时间是最好的创伤弥合剂，再深重的痛苦也会逐渐淡化。但是，抑郁症相反，它不但不会随时间流逝而自然好转，即使治愈后，也还会反反复复，一不小心就会复发。

总之，抑郁症与正常的悲伤不一样，它会干扰人的生活、工作、学习能力、食欲、睡眠以及乐趣，甚至可能吞噬人的生命。

那么，如何区别“抑郁情绪”和“抑郁症”？我们提供《抑郁症自测表》（点击测试），以供参考。

2．抑郁症的症状

抑郁症是一个发展过程，从“阴雨天般的心情”即抑郁情绪，逐渐发展到郁郁寡欢，继续发展到失去自信、兴趣和感受快乐的能力。有人将抑郁症的症状归结为“六无”：无兴趣、无价值、无希望、无意义、无精力、无办法。最后还会表现为认知失调、行动退缩、思维障碍及行动障碍等，严重者甚至不语不食，生活无法自理，呈木僵状态。最极端者会自杀。

抑郁症有三大核心症状，即抑郁“三联征”和七条附加症状。重度抑郁症包含至少2个核心症状和至少2个附加症状。

抑郁“三联征”：

（1）情绪低落，表现为：感觉生活没意思，高兴不起来，特别是兴趣与愉快感丧失，郁郁寡欢，痛苦难熬，度日如年，不能自拔。

（2）思维迟缓，表现为：脑子不好使，记忆力减退，思考问题困难，觉得脑子空空、变笨了。

（3）运动抑制，表现为：运动机制受限，精力减退，不爱活动，走路缓慢，言语少等。

附加症状：

①自信心丧失和自卑；

②无理由的自责或过分的罪恶感；

③反复出现自杀念头；

④精神运动性改变，激越或迟滞；

⑤睡眠障碍（失眠、早醒或嗜睡）；

⑥食欲改变（减少、增加或暴饮暴食）；

⑦身体不适，功能性疼痛（恶心、口干、头痛或关节肌肉疼痛）。

需要警醒的是，还有一种“非典型抑郁症”，可能只表现为躯体症状，比如身体的不适、疼痛等，而并无显著的情绪障碍。这些躯体症状与一些生理疾病的症状相似，又称为“隐匿型抑郁症”，它非常容易因误诊而耽误治疗。

【描述·抑郁体验】

抑郁症和其他疾病一样，患者的躯体经受着痛苦折磨。比如，头痛。这种疼痛是一种钝痛，不剧烈，但沉重，有重压感。它有如一片乌云，盘踞在你的大脑里。有时候突然消失，就像是被风吹走；但你不敢轻松，因为你知道，它还会不期而至，你恐惧地等待着它的到来……

再如，胸闷，胃痛，肩颈痛，耳鸣，心慌，食道堵塞感和烧灼感，等等。不同的患者，会有不同的躯体症状；同一个患者，在不同的时期也会出现不同的症状。当病程发展，且出现服药副作用后，病人又会合并程度不同的行动障碍。手抖，走路不稳，触觉敏感，易惊跳，坐立不安。类似于焦虑症状，医学上称之为“精神运动性不安”。再往后，会发展到思维障碍、阅读障碍、语言障碍；怕风、怕水、怕声音……全身心的痛苦，称之为度日如年，绝不夸张。

其次，专属于抑郁症的一个特点，是快感阻断。当发展到重度阶段，属于人类的所有快乐，各种欲望，统统消失了。患者每天情绪极度低落，觉得做任何事情都毫无意义。对于他，人生不再是新鲜和快乐的旅程，而变成痛苦的炼狱。

第三，与快感缺失相关的另一个特征是绝望。这是抑郁症患者的又一共性。自我评价无限降低、自责、自罪，患者普遍觉得未来一片灰暗，看不到任何希望。痛苦和巨大的无价值感，足以吞噬他的一切。

第四，最可怕的，是情感的丧失。当病程再发展到一定程度，患者会变得麻木、呆滞。抑郁症的一个基本的表现，就是患者不再能体验情感和生活的美丽。世界上的一切，喜怒哀乐、爱恨情仇，都与他无关。亲人朋友近在咫尺，他却远在天涯。他不但丧失了快乐、希望，最后还丧失了爱的能力、审美的能力。这个时候，人就成了一具躯壳，成了行尸走肉。（摘自《为何抑郁症患者容易自杀？》，作者张进）

【案例·焦虑】

我退掉了先前租的房子，想搬到更便宜的地方去，但是我就是无法完成搬家这件事。我瞬间崩溃，焦虑把我瓦解。早上三四点我就被一阵阵强烈的恐慌感惊醒，那紧张的劲儿让我恨不得从6楼的窗户跳出去，也许那样还舒服点儿。和别人在一起的时候，我总觉得自己会因为压力过大而昏过去。三个月前，我还能好端端地去上班，而现在，世界已离我而去。

它真正来袭是在我退了房子两个星期后，我发现我迫切需要搬家，但是我却出不了门。我感觉人们都欺骗我，我就像只草原上负伤的动物。我完全崩溃了，几乎一整天不吃任何东西。我一副精神分裂的紧张模样，就好像受到巨大惊吓一样，这让我看起来举止怪异。我的记忆力短暂丧失，后来更糟，我无法控制地腹泻，甚至会失禁。我好像活在恐怖的地狱里，无法离开这间房子半步。（摘自《重口味心理学2》，作者姚尧）

【案例·死亡意念】

不能站在阳台。十二楼。可惜防盗网太丑陋，太碍事。好想飞下去，像一只蝴蝶那样飞，像一片纸屑那样飞。接触到地面的那一刹那会有多痛呢？我喜欢白天飞，天空晴朗的日子飞……只要目光一看到阳台，思绪就飞舞起来。我费劲地像拔河那样将视线拔回来，双手抓住一边门框或椅背。我无数次闭上眼睛，让自己退回到客厅里，退回到书房的角落里。我知道这是心魔在作怪。我蜷缩在角落里，脊背紧贴镶嵌在墙旮旯里，心里却有异形怪兽的黑影吼叫着，破腔而出，一次又一次地，旋风般扑出去。它长啸着，横扫一切障碍扑向天外。（摘自《旷野无人——一个抑郁症患者的精神档案》，作者李兰妮）

3．抑郁症的病因

迄今，抑郁症的病因并不清楚，但可以肯定的是，生物、心理与社会环境诸多方面因素参与了抑郁症的发病过程。常见公认的病因包括：

遗传因素。抑郁症的发生与遗传因素有较为密切的关系。抑郁症一般被分为内源性和外源性两大类，内源性抑郁症往往由躯体内部因素引起，带有明显的生物学特点。这个“内部因素”其实就是基因特点，往往通过遗传获得，它是造成大脑中三种神经递质（5-HT、去甲肾上腺素、多巴胺）失衡的根源。

在现实生活中，经常可以观察到，一个抑郁症患者的直系或旁系亲属中，还会有其他精神疾病患者，说明这个家族遗传倾向明显。上海精神科医生颜文伟认为，在全世界人口中，大约有5%-10%的人有这种遗传基因，容易得抑郁症。

生物化学因素。研究发现，抑郁症是患者大脑中三种神经递质不平衡所致。人脑中有几亿个脑细胞，称为神经元。两个脑细胞之间，有一个间隙。人脑传递信息时，前一个脑细胞的神经末梢就会释放出一种化学物质，其使命是载着信息，跨越间隙，像邮差一样把信息传递下去。这个化学物质，就叫神经递质。

大脑的神经递质有很多种，最主要的就是三种：5-HT、去甲肾上腺素和多巴胺。这三种神经递质，其功能不完全一样。比如，5-HT掌管情感、欲望、意志；多巴胺传递快乐；去甲肾上腺素提供生命动力。如果这三种神经递质失去平衡，神经元接收到的信号就会减弱或改变，人体就会出现失眠、焦虑、强迫、抑郁、恐惧等症状，表现为抑郁症、双相情感障碍、精神分裂症，以及其他大脑疾病。

【案例·张国荣】

2013年，张国荣逝世10周年，他的姐姐张绿萍首次公开了张国荣患抑郁症的原因。张绿萍在采访中说道：“很多人都以为哥哥生病，是因为在娱乐圈里面压力太大而让他感到精神压力很大。其实，我从一开始也以为是娱乐圈压力使然，但出了事之后，有位医生写了一份4张纸的信，解释给我听，说抑郁症在医学上分两类：一种是Clinical?Depression，因为脑部化学物质不平衡了，是生理上的；一种就是大家明白的有不开心的事什么的导致的。哥哥就是第一种。”

心理社会环境因素。一些研究提示，社会重重压力，种种负担和不幸的生活事件，如失业、失去至爱亲人或朋友、患病、离婚等等，可导致抑郁症。有时，抑郁症的发生也可能与躯体疾病有关。一些严重的躯体疾病，如脑中风、心脏病发作、激素紊乱等，都有可能作为压力源引发抑郁症。

性格基础。一些抑郁症患者在其儿童期，曾经有母子分离、被父母情感忽视、照看者心理障碍导致孩子心理养育环境不稳定等问题。这样的孩子长大后，容易悲观，自卑，缺乏自信心，对生活事件掌控感差，多疑，过分担心。这些性格特点会加重应激事件的刺激，容易导致抑郁症。

由此可知，儿童期经历、自身性格因素、家族遗传、脑部化学物质不平衡、与情绪有关的脑神经环路失调、长期受躯体疾病困扰、遭遇重大打击……这些因素都可能导致抑郁症。

但并非有上述困扰的人都一定会罹患抑郁症，好比同样淋了一场雨，有的人会感冒，有的人却不会。每个人的身体和心理素质不同，对抑郁症的抵抗力也不同。

同时，我们也要知道，任何人都有可能在其一生中的某个阶段患上抑郁症，甚至可能没有什么特殊原因，就像“闹钟到了一定时间就

响了”，没有谁是对抑郁症完全免疫的。我们都需要具备对抑郁症的充分认知，才能做好抑郁症的早期识别及防治。

4．易患抑郁症的人群

尽管现代社会人们更容易被抑郁症侵袭，但这并不表示抑郁症是现代病，或只针对某类人。

抑郁症古已有之，公元前8世纪古希腊的文献中就有对抑郁症的描述。它既不是人类的弱点，更不是衡量意志、品格或运气的标尺。没有哪种人可以对抑郁症免疫，患抑郁症的人不分职业、种族、性别、年龄、财富多寡、地位高低、知识高下。

因此，以下所列易患抑郁症的人群分类，并不表示抑郁症只袭击这类人。

贫困人群：比如中国国企下岗人员和农村留守人员，是抑郁症高发群体。研究已经证明，贫困是抑郁症的一大诱因。贫困使人抑郁，抑郁愈使人贫困，二者交互作用，导致精神障碍与孤立。接受社会救济的人群中，抑郁症比例是总人口患病率的3倍。

18-35岁的青年：青年人处于性格成长期，家庭、学业、工作压力较大，是容易患上抑郁症而又被大家所忽略的群体。尤其是青少年抑郁症如未引起重视和及时治疗，很容易酿成悲剧。

事业有成的人：他们有了一定的社会地位，责任比较大，精神压力也比较大，患病的概率比较高，如企业家、社会精英。

艺术创作类人群：从事艺术创作类工作的人性格都比较敏感，工作、生活往往也不规律，如诗人、音乐家、画家、演员等，他们患抑郁症的可能性比一般大众大8倍。

从事琐碎细致工作的人：有一些行业需要从业人员投入大量时间和精力，且处理的大多是繁杂琐碎的事，他们更容易患上抑郁症，比如教师、警察、财务、医护人员等。

慢性病患者：长时间患有某种身体疾病者，很容易导致抑郁症；而抑郁症会降低免疫力，从而使身体病情更加恶化。

孕妇或初为人母的女性：一些女性因为心理上没有做好当妈妈的准备；一些女性则在孕期出现神经内分泌系统紊乱，在这些情况下容易患上产前或产后抑郁症。

5．双相情感障碍（躁郁症）

从病理角度来说，双相情感障碍和抑郁症是两种不同的疾病。但由于双相情感障碍的抑郁相与抑郁症完全相同，所以人们也习惯于把双相情感障碍的急性抑郁发作，视为抑郁症。故此，本手册也将双相情感障碍的识别，收录其中。

顾名思义，双相情感障碍是一种既有抑郁发作、又有躁狂发作的疾病。躁狂相的特征是兴奋、激动、乐观、情感高涨；抑郁相恰是另一极端，是悲观、呆滞、情感低落、思维迟缓、运动抑制。二者可交替循环发病，一个阶段化悲为喜，一个阶段又转喜为忧。如果你坐过过山车，体验过加速、坠落和抛升，你就会明白，这种情绪上的过山车式体验便是躁郁症。

双相情感障碍比较特异的是躁狂相。医学记载，躁狂相的具体表现为：

（1）心境高涨，自我感觉良好，整天兴高采烈，得意洋洋，笑逐颜开，富有感染力，常博得周围人共鸣，引起阵阵欢笑。

（2）思维奔逸，反应敏捷，言语增多，滔滔不绝，信口开河，眉飞色舞。内容不切实际，经常转换主题；目空一切，自命不凡，盛气凌人，不可一世。

（3）活动增多，精力旺盛，不知疲倦，兴趣广泛，动作迅速，忙忙碌碌，爱管闲事，好为人师；常挥霍无度，慷慨大方，举止轻浮。

（4）面色红润，双眼炯炯有神，心率加快，瞳孔扩大。睡眠需要减少，入睡困难，早醒，睡眠节律紊乱；食欲亢进，暴饮暴食；对异性兴趣增加，性欲亢进。

虽然同属于心境障碍，与抑郁障碍相比，双相障碍的临床表现更复杂，自杀率高于单相抑郁症。绝大多数双相患者的自杀，是在抑郁发作或混合抑郁状态下发生的。

问题是，患者轻度躁狂发作时，自我感觉良好，并不知道自己患病；直到躁狂发作过后，患者不得不拖着疲惫不堪的身体奔向另一个极端——抑郁。这时，他们的活力和热情消失，言谈、思考和行动变得迟缓，生活变得无趣，从世界之巅坠入无限黑暗深渊。就这样，抑郁与躁狂相互交替、周而复始、永不停歇、没有尽头。

而患者在就医时，却只会着重描述抑郁发作时的感受，双相情感障碍因此非常容易被误诊为单相抑郁症。

美国最近有一个研究，跟踪随访了13年前被诊断为抑郁症的200名患者，发现当年被诊断为抑郁症（单相）的患者，46%最后被确诊为双相情感障碍。即目前被诊断为抑郁症的患者中，可能接近一半实际上是双相情感障碍患者。

双相情感障碍如果按照抑郁症（抑郁障碍）来治疗，一是难治，二是解除抑郁后，会导致转向躁狂，发病频率明显加快；发作频率越

快，治疗难度越大，患者自杀风险越高。

三、抑郁症的认知误区

社会上很多人对抑郁症误解重重，对患者另眼相看。

对癌症患者，人们往往会抱以同情，或者赞扬他们和病魔作斗争的坚强；但是对抑郁症患者，通常显得冷漠、回避甚至是嘲笑。他们会想当然地认为，抑郁症是患者意志不够坚强所致。

事实上，抑郁症是一种生理和心理交错的疾病。由于大脑发生功能性病变或器质性病变，患者遭遇意志无法控制的精神障碍和痛苦，局外人也许永远不能体会到患者的痛苦。他们甚至会站在道德制高点上，居高临下甚至带有一丝优越感地同情、开导或者指责患者，这是不科学也是不公平的，也会让身边患有抑郁症的朋友产生病耻感，羞于言病，更没有勇气寻求救助。

对抑郁症的常见认知误区如下：

1．抑郁症=精神病？

生活中，很多人一听说“抑郁症”，就把它和“精神病”联想在一起。实际上，抑郁症的确是一种情感性精神障碍（心境障碍），它与常见的强迫症、焦虑症、失眠症等同属于精神类疾病的范畴。而大众观念中的“精神病”，实际上是医学上所指的精神分裂症。精神分裂症患者会出现行为失常，就是所谓“疯疯癫癫”的表现，而在理性上，抑郁症的病人和正常人很接近，思路很清晰，与“精神病”大不一样。

另外，大众误解精神类疾病患者容易做出伤害他人的举动，十分危险。实际上，与普通人群相比，精神病人的肇祸比并不高，重性精神病中仅约10%的患者有肇祸行为及危险。由于精神病人的肇祸事件被过度渲染，导致社会对精神病患者（精神障碍患者）产生了恐惧、歧视，增加了精神病患者（精神障碍患者）及病人家属的“病耻感”。

现实中，很多人，包括患者本人，也觉得得了抑郁症很丢人，没有勇气迈入精神科门诊的大门。其实，抑郁症也是疾病，是疾病就需要治疗。全社会应该给抑郁症患者多一些关爱，如果都歧视抑郁症患者，不能得到有效治疗的患者会越来越多。

2．性格软弱、心胸狭窄的人才会得抑郁症？

抑郁症每个人都可能得，它和心胸狭窄或意志薄弱没有直接关系。历史上罹患抑郁症而性格坚韧的伟人比比皆是，如，美国第16任总统林肯，二战时期的铁腕人物美国总统罗斯福，英国首相丘吉尔，硬汉作家海明威等等。

【案例·张家辉】

张家辉在云南拍完《红河》返港后，发觉无法以个人意志战胜情绪低落、多疑、无动力、脚冷及失眠，最终要去求医。张家辉说：“见医生后被证实患上轻度抑郁，也证实我绝不能用意志力去征服这个病。不过最放心就是听到医生说抑郁症好普通，好多人都有，适当医治很快就复原！”

3．笑脸迎人、开朗乐观的人不会得抑郁症？

抑郁症患者的表现并非总是以泪洗面。有部分患者表面上笑脸迎人、乐观开朗，其实这并非来自内心深处的真实感受，而仅仅是为了工作、面子、礼仪，强颜欢笑。这样的抑郁症，又被称为“微笑型抑

郁症”，多发生在那些身份高、学识高、事业有成的成功人士中，男性多于女性。这类人在社会上给人的印象是呼风唤雨，无所不能，表现得十分强大，能力似乎不容置疑。他们即使患上了抑郁症，往往也不会向他人诉说。

【案例·杨干华】

2001年3月29日，广东省作家协会副主席、著名作家杨干华因抑郁症自杀离世。朋友在纪念他的博客中写道：“他人很好，说话滑稽幽默，满脸笑容、满头白发，像个老顽童。”他自杀前一天还在开党组会，讨论作协工作，没有任何言行异常。他走得很冷静，留下百字遗言，声明他的离去跟任何人都无关，并从容交代后事。

4．抑郁症是都市人才得的富贵病？

有人认为抑郁症是都市人才得的“富贵病、矫情病”，但有关调查显示，贫困人群是抑郁症高发群体。接受社会救济的人群中，抑郁症比例是总人口患病率的3倍。在中国农村，青年女性自杀的数量几乎是城市女青年的5倍，其中很多是抑郁症。但是，由于在中国社会，特别是农村，主流文化仍是男权文化，农村女性自杀事件并未受到很多关注。而农村相对落后的医疗条件加上唾手可得的剧毒农药，让患有抑郁症的妇女更容易自杀。

【案例·隐匿】

回龙观医院北京心理危机研究与干预中心副主任张艳萍在接受《中国新闻周刊》的采访时说，曾有这样一个案例令她颇受震撼：一个农村女教师结婚不到一年，便把自己反锁在屋里，喝下农药自杀了。她留下一封遗书，称自己的死和其他人无关，只是因为觉得生活太痛苦了。后来调查得知，其实她死前是有征兆的。自杀前，她变得非常不爱说话，还总是起床很晚耽误上课。而且家人回忆说，她在上

中学时曾有过短时间的抑郁状态。这是典型的抑郁症。遗憾的是，这是在她死后家人才知道的。

5．抑郁症仅是“心灵感冒”？

如果说，把抑郁症视为像感冒一样的常见病，那么把抑郁症理解为“心灵感冒”是有道理的。但又必须知道，治疗抑郁症，绝不像治疗感冒那样简单，一是需要更长的时间，短则半年，长则数年；二是需要极强的毅力，树立信心，坚持服药，战胜自我。

所以，对于治疗抑郁症，一定要有足够的打“持久战”的精神准备，不能简单地把它视为“心灵感冒”，认为“一治就好”。否则，患者会因为治疗迟迟不能见效，以及在治疗中经受各种痛苦，而心情沮丧，悲观失望，最后放弃治疗。

6．抑郁症是心理问题，不用吃药？

在关于抑郁症的各种认知中，将抑郁症看成一种单纯的心理疾病，恐怕是流传最广、影响最大的误解。正因为此，很多抑郁症患者以为，只要有坚强的意志，靠自己就能“走出来”，因而拒绝精神科医生和药物的帮助。实际上，抑郁症根据不同的轻重程度有不同的应对办法。轻度抑郁症可以不吃药，通过心理治疗及自我调节得到缓解（心理治疗应该限时，如治疗6周抑郁症状无改善时，则需考虑采取药物治疗）；中度抑郁症患者可以用药，也可以不用；重度抑郁症患者必须用药。

对于重度抑郁症患者来说，药物是根本，心理治疗是辅助。要在家人支持下及时寻求精神科医生的帮助。

【案例·崔永元】

2002年，崔永元突然离开《实话实说》，很久之后，他才公布原因：自己得了重度抑郁症，每天都在想着自杀。面对抑郁症病魔，崔永元顽强抗争——抵御误解、接受治疗、大把吃药、坚定信心，“这个病正在恢复中，我相信我会变成一个健康人的”。他公开自己的病情真相，就是要告诉大家：如今越来越多的人确实存在这种病，如果你身边有患心理疾病的人，不要歧视他，一定要鼓励他去看医生。

7．吃药会变傻、变笨？

这个误解，多半出于对药物副作用的恐惧。副作用确实存在，有的表现为口干、视力模糊、排尿困难、便秘、轻度震颤及心动过速等，有的可能引起直立性低血压、心动过速、嗜睡、无力等症状。

但是，副作用也没那么可怕。很多患者一打开药品说明书，就被上面列举的密密麻麻的副作用吓倒，不敢吃药。其实，西药对于副作用，是“丑话说在前头”。西药上市前，要进行多期药物实验，只要任何一名患者出现一种副作用，说明书都会把它一一列举出来。事实上，出现这些副作用的概率非常低。而且，在很多情况下，只要身体逐渐适应了药物，副作用也就会逐渐消失，绝不会让人变傻、变笨。

患者还应区分不适感究竟是药物副作用，还是症状本身。副作用也因人而异、因时而异。副作用的大小和患者本身体质关系很大，与他服药时的内环境包括心理状态也有关，不可一概而论。

对于疾病和副作用的利害关系，应是“两害相权取其轻”。无论如何，副作用和抑郁症对人的精神、肉体的摧残相比，微不足道。绝不能因为害怕副作用而中止治疗。

8．抑郁症用药就应该立竿见影？

全球每年都会向市场推出数十种抗抑郁新药，但迄今为止，尚无一种抗抑郁药具有立竿见影的效果。

一般来说，西药发挥作用是立竿见影的，可是抗抑郁药是个例外。这是因为，抗抑郁药作用于大脑，要经历一段漫长的旅程。实现改善大脑神经递质的功能，既需要足够的药量，也需要足够的时间。任何一种抗抑郁症起效，至少需要4到6周的时间，有的甚至需要6到8周。这就是“足量足疗程”的由来。因此，病人即使在医生指导下对症下药，效果也至少在2-3周之后开始出现。对此，患者和家属必须有充分的耐心。

很多患者不知此理，服药三五天后，发现没有效果，就失望而停药；也有的患者坚持服药一段时间，正面效果没有显现，副作用却先期到来。他看不到前景，又难以忍受副作用的痛苦，中途放弃服药，功亏一篑。

因此，无论选用哪种药，都必须用足治疗剂量。不要期待奇迹发生，要咬紧牙关坚持，一直到药物起效。

四、关爱精神健康，预防胜于治疗

我国社会大众对抑郁症基本防治知识所知甚少，使得人群中抑郁症患者的未治率居高不下。面向社会大众广泛宣传和普及抑郁症防治知识，是一项极为关键的常规任务。

开展此类健康教育，不仅是整个精神卫生健康教育的重要内容之一，对提高我国社会人群的心理素质和生存质量，也有着重要的意义。

2013年5月1日，《中华人民共和国精神卫生法》正式实施，把“预防”确立为精神卫生工作的主要方针。其中明确规定：政府、单位、家庭等都有“开展维护和增进公民心理健康、预防和治疗精神障碍、促进精神障碍患者康复活动”的义务和责任。通过媒体、专业机构、社会团体广泛宣传，引起大众对精神卫生问题的关注，增进预防为主、预防胜于治疗的意识，是我们共同的责任。

1．自我预防，保持精神健康

尽管抑郁症病因至今未明，但还是有一些措施对预防抑郁症有正面效果。比如锻炼身体，增强体魄，便可以在一定程度上抵御身体疾病。抑郁症自我预防，就是保持精神健康的重要方法。

• 让自己睡个好觉。

失眠，是抑郁症最常见的预测性因素，长期失眠者发生抑郁症的风险很高。都市人群工作、生活压力大，睡眠质量普遍偏低。应戒除熬夜、酗酒等不良生活习惯，保证健康高质量的睡眠。这能在一定程度上预防抑郁症的发生。

• 多进行户外活动。

昼夜颠倒、宅在家里、一刻不离电脑或游戏，是现代一部分人长期的生活方式，这会增加患上抑郁症的概率。

适度的户外运动是预防抑郁症的天然药物。2005年，美国哈佛大学科学家研究发现，经过3个月的严格体育锻炼，患者的抑郁症状有明显改善，与接受抗抑郁药物治疗的效果相似。研究者推测，体育锻炼可以促进脑内有益化学物质比如“内啡肽”的分泌。这种物质可以使人心情振奋、精神愉悦。其他研究也发现：锻炼可以改善诸如惊恐障碍、心理创伤和其他焦虑性心理问题。

体育锻炼还能改进自我形象，得到团体成员的帮助，分散对日常忧虑的过分关注，提升对所遇问题处理的自信心。这些都有利于情绪的改善。

• 释放压力、调节情绪。

每个人对压力的适应能力都不一样。首先要学会自我调节，疏解内心压力、释放情绪，建立自己的独特的心理调节方式，比如唱歌、聚会、做义工等等。无论什么样的方法，只要适合自己，都能在一定程度上预防抑郁症。

对容易抑郁的人或曾经出现过抑郁症状的人而言，在压力大的时候，寻求专业的心理咨询或心理治疗，是一个好办法。

• 寻找精神寄托

当人们面对无法解决的困境时，信仰可以令其坚定。面对痛苦绝境，有信仰的人能够承受更多。从心理学的角度看，宗教产生的一个原因，就是因为人们很脆弱，承受力有限，需要一个强大的精神寄托。即使你没有宗教信仰，也可以适当尝试接受一些宗教思想，或进行一些宗教活动、冥想、禅修等。这对心理因素导致的抑郁症能起到一定的防控作用。

2．及早干预，更易治愈

对很多患者来说，早期情绪异常很可能是抑郁症的前驱症状，只是由于症状不典型，易被患者及家属忽略，在很多医院也容易被误诊，从而耽误最有利的治疗时机。因此，要注意关注自己和家人的精神状况，进行早期精神异常评估，做到早发现、早治疗，以免给自己和家人带来伤害，造成不可挽回的悲剧。

【案例·延搁】

25岁的小刚来就医时是一名严重的抑郁症患者，尽管其病史有好多年了，但直到他有吃药自杀的行为，家人才带他来医院就医。

其实，小刚“不正常”已有数年，第一次是小刚18岁刚刚上班的时候，工作好好的，小刚突然表示不想去了，感觉没意思。之后，小刚在家休息了三四个月，其间不出门、不见人，天天在床上躺着。家人只是感觉他心情不好，没人觉得这是病。后来在家人的劝说下，小刚找了份新的工作，可干得好好的，过了一阵，他又不去上班了。这次除了不出门、不见人等症状之外，还变得疑神疑鬼，并表示活着没意思。后来，小刚总是这样反复，精神好一阵坏一阵，家长都没有太在意。直到前一段时间，小刚要吃药自杀，被家人及时发现才送医院诊治。

“如果第一次发病就来就医，其治愈率能达到80%至90%，如果患者疾病反复发作致病重之后才来就医，其治愈率大大下降，风险性就会上升。”河北医科大学第一医院精神卫生研究所主任王学义说，一些患者往往患病早期没有干预，几年之内时好时坏，加上遇到生活事件刺激等因素，患者病情会不断加重，导致治疗难度大大增加。（《河北日报》，2013）

无论是自己，或是身边的朋友，若是发现有抑郁症的倾向，不要过分忧惧。保持良好心态，及早接受正规治疗，大部分抑郁症患者都可康复。

3．关爱他人，从倾听开始

中华医学会主编的《抑郁障碍防治指南》指出：“耐心倾听患者的自动述说，使患者感到有人正在关心和理解他。倾听，是所有治疗

的前提。”耐心的陪伴倾听、无条件的理解对抑郁症患者的康复可有较大帮助。

- 倾听，不要怜悯或争论

当患有抑郁症的亲人或朋友向你倾诉他的痛苦时，我们如何“倾听”？北大六院院长助理姚贵忠说：“如果是重度抑郁症患者，以陪伴为主，减少说教，不做思想工作，不提指导性意见，默默地陪伴，患者有需要就给予帮助；如果是轻症患者，要了解他想要什么，可以谈得比较深入。但主要是让他倾诉，切忌以社会标准要求病人。”倾听，也是一种安慰。

- 鼓励，不要指责和打击

抑郁情绪严重的人往往会自卑自责，当有抑郁倾向的朋友在你面前表现出对自己的失望和否定时，你一定要鼓励他/她，告诉他/她：“你是病了，不是错了”，认可他/她的长处，引导他/她承担一些力所能及的事务和责任。

- 陪伴，不要冷漠和疏离

如果你身边的朋友有抑郁倾向，一定要多陪伴他/她，最好叫上他/她一起去做运动，如爬山、打球、跑步等等，不要因为他/她的推托而放弃。朋友的陪伴和运动都能缓解抑郁情绪。最后，如果对方的抑郁情绪加重，一定要劝导，并陪他/她一起去看精神科医生。

当然，劝说患者参加活动，也要恰到好处，不能强制。不然患者觉得难以忍受，会起到负面效果。

北大临床心理学系临床心理学家钟杰副教授在一次演讲中说，他的一个学生连续两星期都很抑郁，对任何事都提不起兴趣。他叮嘱对

方注意自己的精神状态，警惕患上抑郁症的危险，对方恍然大悟道：哎呀，我是干精神科这个专业的，怎么都没察觉到自己的状况呢！

钟杰老师最后说："你身边多一个人具备心理健康的基本认知，我们就多一份安全，因为，你的身边会多一双眼睛照看你！"

4．传递爱与知识，共筑生命蓝天

迄今为止，人们对抑郁症的认识还非常初级，世界各国对抑郁症的治疗都还停留在经验和摸索的阶段，再加上精神卫生建设及医疗方面的不足，我们和抑郁症做斗争还任重道远。因此，我们更需要做好对精神类疾病的防控。

在此，我们摘录了财新网记者对北京安定医院精神类疾病临床治疗的主任医生姜涛的采访，以供借鉴：

Q：最好的治疗是预防。抑郁症的预防有什么难点？

A：所有疾病的防控其实都应该形成网络防控体系，尤其是抑郁症。治疗的效果总是有限的，重要的是病人自己的预防。这和他的文化程度、家庭关注、社会关注都有关系。如果自身重视，又有家庭支持、社会支持，才能做到个人的防控。没有一个社会支持系统，光靠患者本人，90%的患者都做不到很好预防。

Q：社会支持系统现在怎样？

A：社会支持不够，政府投入不够，国民对抑郁症的认识不足。按道理，对抑郁症，应该有三级（医院、社区、家庭）防控。现在都很不到位。

Q：如果抑郁症不加治疗，或者治疗效果不好，最后会演变成什么状况？

A：一是自杀，二是变成慢性抑郁。自杀率上升，失业人群多，抑郁症病人家庭受拖累，社会负担加重，国家财政也受损失。

Q：慢性抑郁会怎么样？

A：病人会持续处于一种社会适应不良状态，人际交往功能下降，社会功能受损非常严重。他的智力可能不会下降，但是认知功能下降明显，丧失大部分工作能力，天天在家待着，什么都不能干。这也可以称为精神残疾。这样的人不是一个两个，国家财政的负担就加大了。

Q：有这么严重？

A：当然。整个社会对于抑郁症关注不够，重视不足。即使患者就在我们身边，我们也不一定能够意识到这方面的问题，从而患者得不到及时的诊治。

良好健康的社会精神环境，是个人精神健康的一道外围防线。抑郁症的成因中，“环境因素”即是指整个社会的精神环境对个人精神状态的影响。一个充满戾气的社会环境，无异于精神空气的“雾霾”，对个人的精神心理状态有极大的影响和摧残。而健康的社会精神卫生环境，需要我们共同打造。

一句叮咛、一次倾听，也许就能挽救一个陷于精神困扰的生命。你帮助到的，可能是你的朋友，还有朋友的朋友，朋友的家庭……让我们共同参与传播精神卫生知识，传递关爱。我们每个人，既是传播者，又是受益人。拒绝冷漠、旁观和空喊口号，为传播精神健康知识出一份力，你我携手同行，共筑生命蓝天。

心理求助热线

北京市心理援助24小时心理危机干预热线：

800-810-1117（手机、IP、分机用户拨打：010-82951332）

北师大雪绒花学生心理帮助热线：010-58800525/58800764

上海24小时危机干预热线：021-51619995

深圳市市民情感护理中心免费心理热线：0755-88851085

四川省成都市未成年人心理危机干预中心热线：028-87577510/87528604

李家杰珍惜生命大学生心理热线：4006-525-521

全国专业心理咨询师及治疗师名录查询：www.chinacpb.org（可查询全国各省市注册心理咨询师信息）

好大夫在线：http：//www.haodf.com/（可查询不同地区的医院、医生、咨询、预约等）